



Anbefalinger for udvikling af "Den attraktive madservice til ældre

Beck, Anne Marie; Bygholm, Lise; Madsen, Heidi; Kofod, Jens Erik

Publication date:
2006

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link back to DTU Orbit](#)

Citation (APA):
Beck, A. M., Bygholm, L., Madsen, H., & Kofod, J. E. (2006). *Anbefalinger for udvikling af "Den attraktive madservice til ældre*. Danmarks Fødevareforskning. Fødevare Rapport 2006 No. 18

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



MINISTERIET FOR FAMILIE-
OG FORBRUGERANLIGGENDE

Danmarks Fødevareforskning

Anbefalinger for udvikling af "Den attraktive måltids-service til ældre"



Anbefalinger for udvikling af "Den attraktive måltidsservice til ældre"

Udarbejdet af
Anne Marie Beck
Lise Bygholm
Heidi Madsen og
Jens Kofod
Danmarks Fødevareforskning

Anbefalinger for udvikling af "Den attraktive måltidsservice til ældre"

1. udgave, 1. oplag, juni 2006

Copyright: Danmarks Fødevareforskning

Oplag: 100 eksemplarer

Tryk: Vester Kopi

ISBN: 87-91587-18-2

Forsidetegning: Laura Brøchner-Mortensen

Rapporten findes i elektronisk form på adressen:

www.dfvf.dk

Danmarks Fødevareforskning

Mørkhøj Bygade 19, DK-2860 Søborg

Tlf. +45 72 34 60 00, fax +45 72 34 70 01

Forord

Socialministeriet iværksatte i januar 2006, på vegne af satspuljepartierne, en undersøgelse af den kommunale madservice med henblik på at kortlægge barrierer og muligheder for en hensigtsmæssig og effektiv indretning af den kommunale madservice. Afdeling for Ernæring, Danmarks Fødevarerforskning blev bedt om at lave en delundersøgelse af de ernæringsmæssige og sociale aspekter. Delundersøgelsen skulle omfatte en samlet afrapportering af projektet "Bedre mad til ældre" samt en videns opsamling. Begge dele skulle anvendes til at udarbejde anbefalinger for "den attraktive måltidsservice til ældre".

Denne rapport beskriver resultatet af delundersøgelsen samt de anbefalinger den gav anledning til.

Tak til de mange personer fra projektet "Bedre mad til ældre" der velvilligt har stillet deres tid og viden til rådighed i forbindelse med delundersøgelsen.

Lise Bygholm, Heidi Madsen, Anne Marie Beck og Jens Kofod, juni 2006.

Begrebsafklaring	1
1. Indledning	5
2. Rapporten.....	6
3. Anbefalinger vedr. udvikling af ”Den attraktive måltidsservice til ældre”	8
4. Materialer og Metoder	9
<i>Del 1 Vidensopsamling.....</i>	<i>9</i>
Litteratursøgning.....	9
Afdeling for Ernærings undersøgelser	9
<i>Del 2. Forskellige projekter samt andre initiativer</i>	<i>9</i>
”Bedre mad til ældre” projekterne.....	9
Nye projekter og andre initiativer.....	10
5. Der bør formuleres en kostpolitik og fastlægges en ansvarsfordeling.....	11
<i>Del 1. Vidensopsamling.....</i>	<i>11</i>
Litteratursøgning.....	11
Afdeling for Ernærings undersøgelser	11
<i>Del 2. Forskellige projekter samt andre initiativer</i>	<i>12</i>
”Bedre mad til ældre” projekterne.....	12
Kostpolitikernes indhold.....	12
Kommunal vs. lokal kostpolitik	12
Fastlæggelse af ansvarsfordeling i personalegrupperne	13
Ansaret hvilende på én enkelt person	13
Barrierer.....	14
Forankring	14
Nye projekter og andre initiativer.....	14
<i>Delkonklusion</i>	<i>15</i>
6. Der bør ske en kvalitetssikring og udvikling af ernæringspraksis	16
<i>Del 1. Vidensopsamling.....</i>	<i>16</i>
Litteratursøgning.....	16

Afdeling for Ernærings undersøgelser	16
<i>Del 2 Forskellige projekter samt andre initiativer</i>	<i>17</i>
"Bedre mad til ældre" projekterne.....	17
Manglende dokumentation	17
Anvendelse af næringsberegning.....	17
Opmærksomhed på de individuelle behov	18
Dokumentation af god ernæringspraksis	18
Barrierer.....	18
Forankring	19
Nye projekter og andre initiativer.....	19
<i>Delkonklusion</i>	<i>19</i>
7. Risikogrupper i forhold til dårlig ernæringstilstand bør findes tidligt.....	21
<i>Del 1. Vidensopsamling.....</i>	<i>21</i>
Litteratursøgning.....	21
Afdeling for Ernærings undersøgelser	21
<i>Del 2. Forskellige projekter samt andre initiativer</i>	<i>22</i>
"Bedre mad til ældre" projekterne.....	22
Identifikation af risikogrupper	22
Barrierer.....	22
Forankring	23
Nye projekter og andre initiativer.....	23
<i>Delkonklusion</i>	<i>24</i>
8. Maden bør tilpasses den enkeltes behov	25
<i>Del 1. Vidensopsamling.....</i>	<i>25</i>
Litteratursøgning.....	25
Afdeling for Ernærings undersøgelser	25
<i>Del 2. Forskellige projekter samt andre initiativer</i>	<i>26</i>
"Bedre mad til ældre" projekterne.....	26
Håndtering af ældre med ernæringsmæssige problemer	26
Mulighed for visitation til kost til småtspisende	26
Maden bør tilpasses de individuelle behov	27
Anvendelse af ernæringsfaglig ekspertise	27
Ernæringsfaglig vs. kostfaglig ekspertise	28
Anvendelse af andre former for ressourcepersoner.....	29

Inddragelse af de pårørende	29
Kommunal vs. lokal organisering	29
Barrierer.....	30
Forankring	30
Nye projekter og andre initiativer.....	30
<i>Delkonklusion</i>	31
9. Personalegruppernes viden om ældres ernæring bør styrkes	32
<i>Del 1. Vidensopsamling</i>	32
Litteratursøgning.....	32
Afdeling for Ernærings undersøgelser	32
<i>Del 2. Forskellige projekter samt andre initiativer</i>	33
"Bedre mad til ældre" projekterne.....	33
Viden og uddannelse er nødvendig.....	33
Ernæring i grunduddannelsen	33
Ernæring i efteruddannelsen	33
Undervisning i ernæring, når plejepersonalet skal stå for maden	34
Barrierer.....	34
Forankring	35
Nye projekter og andre initiativer.....	35
<i>Delkonklusion</i>	35
10. Kvaliteten af maden bør sikres og ønsker fra den enkelte tilgodeses	37
<i>Del 1. Vidensopsamling</i>	37
Litteratursøgning.....	37
Afdeling for Ernærings undersøgelser	37
<i>Del 2. Forskellige projekter samt andre initiativer</i>	38
"Bedre mad til ældre" projekterne.....	38
Køkkenpersonalets tilstedeværelse ved måltiderne.....	38
Brugerinddragelse – brugerråd og brugerundersøgelser.....	38
Smagspanel.....	39
Valgfrihed og fleksibilitet.....	40
Barrierer.....	42
Forankring	42
Nye projekter og andre initiativer.....	43
<i>Delkonklusion</i>	43

11. Der bør tænkes i tværfagligt samarbejde og samarbejde mellem sektorerne..... 45

<i>Del 1. Vidensopsamling</i>	45
Litteratursøgning.....	45
Afdeling for Ernærings undersøgelser	45
<i>Del 2. Forskellige projekter samt andre initiativer</i>	46
"Bedre mad til ældre" projekterne.....	46
Tværfaglige ernæringsgrupper.....	46
Tilknytning af kostkonsulent fra køkkenet	46
Samarbejde mellem sektorer	47
Barrierer.....	47
Forankring	48
Nye projekter og andre initiativer.....	48
<i>Delkonklusion</i>	49

12. Der bør være fokus på måltidets sociale aspekter 50

<i>Del 1. Vidensopsamling</i>	50
Litteratursøgning.....	50
Afdeling for Ernærings undersøgelser	51
<i>Del 2. Forskellige projekter samt andre initiativer</i>	51
"Bedre mad til ældre" projekterne.....	51
Fællesspisning på plejecentre	51
Fællesspisning i café på dagcenter	52
Samarbejde med og rekruttering af frivillige.....	53
Barrierer.....	54
Forankring	55
Andre projekter og nye initiativer	56
<i>Delkonklusion</i>	56

13. Der bør være fokus på spisemiljøet 57

<i>Del 1. Vidensopsamling</i>	57
Litteratursøgning.....	57
Afdeling for Ernærings undersøgelser	58
<i>Del 2. Forskellige projekter samt andre initiativer</i>	58
"Bedre mad til ældre" projekterne.....	58
Spisemiljø på plejecentrene	58
At få det til at dufte af mad	59

Når plejepersonalet laver mad	59
Duften af mad vs. den rette ernæring.....	60
Barrierer.....	60
Forankring	61
<i>Delkonklusion</i>	61
14. Der bør være fokus på plejepersonalets rolle omkring måltidet.....	62
<i>Del 1 Vidensopsamling</i>	62
Litteratursøgning.....	62
Afdeling for Ernærings undersøgelser	63
<i>Del 2. Forskellige projekter samt andre initiativer</i>	63
"Bedre mad til ældre" projekterne.....	63
Plejepersonalets rolle omkring måltidet på plejecentre.....	63
Afskærmning af de ældre	64
Det pædagogiske måltid.....	65
Måltidet som en betydningsfuld arbejdsopgave	66
Barrierer.....	66
Forankring	67
Nye projekter og andre initiativer.....	67
<i>Delkonklusion</i>	68
15. Deltagelse i madlavningen bør bruges til at vedligeholde færdigheder	69
<i>Del 1. Vidensopsamling</i>	69
Litteratursøgning.....	69
Afdeling for Ernærings undersøgelser	69
<i>Del 2. Forskellige projekter samt andre initiativer</i>	70
"Bedre mad til ældre" projekterne.....	70
Madlavningshold i café på dagcenter.....	70
Hjælp til madlavning i hjemmeplejen.....	72
Inddragelse af de ældre i madlavningen på plejecentre	72
Barrierer.....	73
Forankring	73
Nye projekter og andre initiativer.....	74
<i>Delkonklusion</i>	74
16. Opsamling.....	76

<i>Resultater Del 1 og Del 2</i>	<i>76</i>
Barrierer.....	76
Forankring	77
<i>Delkonklusion</i>	<i>77</i>
17. Referencer.....	78
Bilag.....	82
Bilag 1a. Spørgeguides vedrørende det sociale aspekt.....	82
Bilag 1b. Spørgeguides vedrørende det ernæringsmæssige aspekt.....	85

Begrebsafklaring

BMI (kropsmasseindeks) er vægt (kg) delt med højden (m) opløftet i anden potens (m^2). Indekset benyttes til at definere *undervægt*, *normalvægt*, *overvægt* og *fedme*.

Diæter er *kostformer* med videnskabelig dokumenteret forebyggende, behandlende eller diagnostisk effekt, som fx Diabetesdiæt og Energireduceret diæt. Diæter bør være lægeordnede. De officielle anbefalinger for de forskellige diæter er nærmere beskrevet i Uden mad og drikke...del 3 (Beck et al. 2002a) og Anbefalinger for den danske institutionskost (Pedersen & Ovesen 2000).

Ernæringsfaglig ekspertise er kliniske diætister eller kandidater i klinisk ernæring. De er specialuddannede til at give den rigtige og individuelle vejledning om sammenhængen mellem ernæring, sundhed og sygdom.

Ernæringsmæssig risiko er et begreb, der dækker over en vurdering af hhv. de ældres *ernæringstilstand* og forekomsten af *ernæringsmæssige risikofaktorer*. Risikoen vurderes med henblik på at identificere de ældre, der vil have gavn af *ernæringsterapi*.

Ernæringsmæssige risikofaktorer er faktorer, der kan påvirke ældres energiindtag og dermed deres *ernæringstilstand*. Eksempler herpå er; akut og kronisk sygdom, dårlig tandstatus, tygge- og synkeproblemer, depression, demens, forkerte kostformer, nedsat fysisk funktionsevne, stort medicinforbrug, sygehusophold, social isolation og "påtvunget" spisefællesskab.

Ernæringspleje er det generelle tilbud om mad og drikke m.v., som alle ældre bør tilbydes.

Ernæringspraksis er en systematisk indsats med henblik på at opnå et plejecenter, hvor beboernes ernæring er i fokus.

Ernæringsterapi er en ekstra indsats for at sikre et tilstrækkeligt indtag af mad og drikke, hvis ældre er *undervægtige* eller er småtspisende. I begrebet ernæringsterapi indgår, at energibehovet beregnes, samt at der skal lægges en plan for den mad og drikke, der skal indtages i løbet af en dag. Desuden skal der udarbejdes en plan for, hvordan effekten af ernæringsterapien skal måles, eksempelvis ved ugentlige vejninger og daglige kostregistreringer.

Ernæringstilstand vurderes ved at undersøge kostindtag, højde, vægt (med henblik på udregning af *BMI*) samt størrelsen af et evt. vægttab. Desuden bør der indgå en vurdering af,

om der er tab af muskel- og fedtvæv, om der er ødemer eller hud- og slimhindeforandringer, og om der er tegn på mangel af vitaminer og mineraler.

Fuldkost er et begreb der hidtil er anvendt til de *kostformer* der ikke kræver restriktioner eller berigelse. Eksempelvis almindelig fuldkost, lille fuldkost, hakket fuldkost m.v. Efter den nuværende opdeling af kostformerne i Sygehuskost, Normalkost m.v. synes begrebet ikke længere at have sin berettigelse, idet det reelt skaber mere forvirring end afklaring. Betegnelsen Fuldkost ses dog stadig ofte anvendt.

Indikator er en målbar variabel, som anvendes til at belyse, i hvilken grad målet for kvalitet er opfyldt.

Kost er betegnelsen for den *mad*, man spiser over en periode. Kostens sammensætning over en længere periode er bestemmende for *ernæringstilstanden*.

Kostfaglig ekspertise er eksempelvis økonomaer (nu cateringledere) og køkkenassistenter (nu ernæringsassistenter) som er specialuddannet til at stå for kosten på bl.a. plejecentre og i madservice.

Kostforplejningen til ældre omfatter flere tilbud: Madservice efter reglerne om frit valg (madservice med og uden udbringning) i hjemmeplejen, mad og drikke på plejecentre, samt cafétilbud m.v. Madtilbud kan være middagsmad/aftensmad, en ret eller flere retter, ligesom der kan være forskel i typen af mad.

Kostformer er bl.a. Sygehuskost, Normalkost til ældre, Kost til småtspisende (Energirig menu), Tygge-/synkevenlig kost (baseret på Kost til småtspisende) og *diæter*. De officielle anbefalinger for de forskellige kostformer er nærmere beskrevet i Uden mad og drikke...del 3 (Beck et al. 2002a) og Anbefalinger for den danske institutionskost (Pedersen & Ovesen 2000).

Kosthåndbogen indeholder typisk information om de forskellige *kostformer*, der tilbydes på plejecentret og i madservice. Desuden beskrives kostformernes anvendelse, diætprincipper, praktiske råd, anbefalinger for hyppigheden af måltiderne, litteraturhenvisninger, dagskostforslag med makronæringsstoffordeling samt lister med levnedsmidler, der anbefales og frarådes. Den Nationale Kosthåndbog (www.kostforum.dk) er et væsentlig redskab i forbindelse med både implementering og fastholdelse af den valgte *kostpolitik*.

Kostkonsulenten er en person fra køkkenet, der skal sikre kommunikationen mellem køkkenet og plejepersonalet, have regelmæssig kontakt til ledelsen, varetage undervisning af pleje og køkkenpersonalet m.v.

Kostpolitikken fastlægger bl.a. procedurer for en systematisk vurdering af de ældres kostindtag og *ernæringstilstand*, planlægning og iværksættelse af *ernæringsterapi*, kontrol og opfølgning af indsatsen, ansvarsfordeling for varetagelse af opgaverne, kompetenceudvikling (dvs. viden og uddannelse), organisering af *måltidsservicen* – herunder spisemiljøet og ressourcer til løsning af opgaverne samt kommunikation mellem de ældre og personale, afdeling og køkken.

Leve-bo miljøer er en ny type plejecentre ¹. Målsætningen for et leve-bo-miljø er at skabe et hjemligt og privat miljø med mulighed for hverdagsindhold, naboskab og fællesskab, så også svækkede beboere føler, der er liv i livet. Personalet laver mad, gør rent og alt det, der hører til i en familie, i samarbejde med beboerne under hensyntagen til beboernes ressourcer, ønsker og behov.

Mad bruges i den brede betydning, som omfatter råvarer, retter, drikkevarer og *menuer*.

Menu er en komposition af retter og drikkevarer, som kan danne grundlag for et *måltid*.

Måltider er et forløb af begivenheder, der strækker sig fra planlægning og indkøb til tilberedning af råvarer og borddækning. Endvidere dækker begrebet over, at måltidets deltagere kaldes sammen, og de spiser og konverserer.

Måltidets sociale aspekt omfatter f.eks. samværet mellem de plejecenterbeboere, der sidder sammen ved et bord og det personale, der enten sidder med ved bordet eller arbejder umiddelbart i tilknytning til denne spisesituation.

Måltidskvalitet omfatter brugernes vurdering af madens smag, duft, udseende, konsistens og temperatur samt valgmuligheder/fleksibilitet i forhold til madens sammensætning. Endelig indgår brugernes vurdering af *spisemiljøet* i måltidskvaliteten.

Måltidsservice er en bredere definition af ordet *kostforplejning*, hvor kostforplejning og det ernæringsmæssige kombineres med fokus på måltidets sociale aspekt. Måltidsservice er således ikke kun et spørgsmål om den *kostform*, der serveres, men også om en række ydre faktorer, der tilsammen skaber *måltidets sociale aspekt*.

Ressourcepersonen er en person, som ved mere om ældres ernæring end det øvrige personale, og som holder sig ajour med ny viden samt sikrer et højt informationsniveau.

¹ I rapporten anvendes generelt betegnelsen "plejecenter" – hvilket her omfatter plejehjem, plejeboliger, leve- og bomiljøer, genoptræningsafsnit, aflastningsafsnit og demensenheder. Hvor relevant omtales erfaringerne fra leve- og bomiljøerne dog specifikt.

Spisemiljø omfatter de fysiske omgivelser og rammer, hvorunder maden indtages. F.eks. bordenes form, opdækning med dug, blomster, servietter, farver, duften og anretningen af maden, musik m.m.

Standard er det mål for kvalitet, man i den konkrete situation indenfor en afgrænset tidsperiode og ressourceramme arbejder efter at nå eller fastholde.

Undervægt er defineret som et *BMI* <24 hos ældre over 65 år i hjemmepleje, på plejecentre og på sygehus. For raske ældre (og yngre) er definitionen BMI <18.5.

1. Indledning

Hver dag produceres ½ million måltider i kommunale køkkener (Teknologi-Rådet 2005), hvilket svarer til en omsætning på mere end 4 milliarder kroner årligt. Omkring 125.000 ældre i Danmark er visiteret til en kostforplejningsordning (Teknologi-Rådet 2005). I 1997 påpegede Betænkning om offentlig kostforplejning (Levnedsmiddelstyrelsen 1997) bl.a., at selvom mange ældre er afhængige af kostforplejning i flere år af deres liv, så havde de sjældent mulighed for at yde indflydelse på den mad, der blev serveret. Endvidere forelå der dengang kun undtagelsesvis udførlige kostpolitikker på amtskommunalt og kommunalt niveau, ligesom de færreste køkkener havde udarbejdet en politik for kostforplejningen. Kvaliteten af maden og samværet ved måltiderne har væsentlig betydning for de ældres velbefindende og næringsindtagelse. Ifølge Betænkningen blev disse aspekter ikke altid i tilstrækkeligt omfang tilgodeset. Dette skyldtes tilsyneladende, at kost og ernæring af mange blev betragtet som et lavstatusområde.

Siden 1997 er der udført en række undersøgelser, der tyder på, at ernæringstilstanden blandt ældre, der er afhængige af kostforplejning, er betydelig dårligere end blandt raske ældre, der klarer sig selv. Dårlig ernæringstilstand kan øge behovet for offentlig hjælp, hvis den medfører nedsat fysisk formåen, hukommelsesproblemer samt øget sygelighed (Beck et al. 2005). Hvis den mad, der serveres, svarer til den ældres smag, og den serveres på en indbydende måde, hvis den serveres på tidspunkter, der passer til den ældres døgnrytme og appetit, hvis maden er tilstrækkelig nærende og de sociale aspekter af måltidet prioriteres højt, så mindskes risikoen for, at den ældre kommer i dårlig ernæringstilstand (Kofod & Birkemose 2004). Begrebet "Kostforplejning" bliver derved til "måltidsservice", som er en bredere definition, som kan være med til at opfylde både de ernæringsmæssige og sociale behov hos de ældre.

Ovenstående forudsætter dog, at der er fokus på disse forhold bl.a. i forbindelse med organiseringen og udførelsen af måltidsservicen. Det er baggrunden for "Puljen til sikring af bedre kvalitet i den offentlige måltidsservice til ældre", som blev udbudt i forbindelse med handlingsplanen "Bedre mad til ældre" i 2002. Formålet med puljen var at støtte projekter, der satte fokus på at afprøve ideer og initiativer, der i særlig grad kunne bidrage til at nå det mål, at såvel ernæringsmæssige som sociale behov blev opfyldt. Målet var dermed at fremme udviklingen af nye organiseringer af måltidsservicen i samarbejde med de ældre. I alt 29 projekter blev tildelt støtte. 21 projekter blev gennemført.

2. Rapporten

Denne rapport er resultatet af en delundersøgelse, der skal indgå i den undersøgelse af madservice, som Socialministeriet har iværksat i 2006 på vegne af satspuljepartierne. Formålet med undersøgelsen er at kortlægge barrierer og muligheder for en effektiv indretning af den kommunale madservice med henblik på en vurdering af og forslag til f. eks. lovændringer og vejledning til kommunerne m.fl. Undersøgelsen består af to separate undersøgelser. Danmarks Fødevareforskning opsamler forskningsresultater og gode erfaringer i forhold til de sociale og ernæringsmæssige aspekter ved madservice. Rambøll Management har lavet en undersøgelse med fokus styringsmæssige, økonomiske og organisatoriske aspekter m.v. ved madservice.

Indledningsvis er der formuleret en række anbefalinger til brug for udvikling af madservice. Hovedfokus er på de sociale og ernæringsmæssige aspekter, og det er derfor valgt at kalde det "Den attraktive måltidsservice til ældre"². Anbefalingerne er fremkommet på baggrund af en vidensopsamling af litteratur og undersøgelser samt af en gennemgang af de "Bedre mad til ældre" projekter, der blev gennemført med støtte af puljen (i alt 21). Baggrunden for de opstillede anbefalinger kan læses i rapportens efterfølgende afsnit. De forskellige resultatafsnit er struktureret efter de temaer, der var fokus på ved oprettelsen af ansøgningspuljen, og disse er inddelt i to dele.

Første del er en vidensopsamling, hvor den eksisterende litteratur om betydningen af sociale og ernæringsmæssige aspekter af måltidsservicen gennemgås. Litteraturen suppleres med undersøgelser fra Afdeling for Ernæring, Danmarks Fødevareforskning. Anden del er en gennemgang af de "Bedre mad til ældre" projekter, der blev gennemført med støtte af "Puljen til sikring af bedre kvalitet i den offentlige måltidsservice til ældre". Herunder ses der ligeledes en omtale af forskellige barrierer samt evt. forankring. Resultaterne fra de gennemførte projekter er suppleret med erfaringer fra flere nyere leve- og bomiljøer. Endvidere omtales en række nye projekter samt andre initiativer, som er gennemført efter "Bedre mad til ældre" handlingsplanens iværksættelse.

Med baggrund i gennemgangen af "Bedre mad til ældre" projekterne er der udvalgt gode eksempler på projekter, der har sikret bedre kvalitet i måltidsservicen til ældre. Sideløbende med Afdeling for Ernærings undersøgelse har Rambøll Management gennemført en analyse af madservice. Selvom de to rapporter er udarbejdet uden skelen til hinandens resultater, og der således heller ikke nødvendigvis er enighed om konklusionerne, så har det vist sig, at analyserne på en række områder berører de samme problemstillinger. Det er derfor

² Forskellen mellem madservice og måltidsservice (samt kostforplejning) er beskrevet i afsnittet "Begrebsafklaring".

besluttet at udarbejde et fælles afsnit med udvalgte fremadrettede betragtninger/anbefalinger.
De kan læses i rapporten fra Rambøll Management.

3. Anbefalinger vedr. udvikling af "Den attraktive måltidsservice til ældre"

Årsagen til den dårlige ernæringstilstand hos ældre er kompleks og kan ikke alene tilskrives den kommunale måltidsservice. Alligevel er det vigtigt at sætte ind her, idet maden og måltidet er nogle af de faktorer, der reelt kan gøres noget ved. Nogle af de mange affødte effekter af "et godt måltid" kan være mindre social isolation, nedsat sygelighed, bedre fysiske funktionsevne, bedre trivsel og bedre livskvalitet. Baseret på erfaringerne fra de gennemførte projekter fra "Bedre mad til ældre" samt en vidensopsamling er der udarbejdet følgende anbefalinger i forhold til udvikling af "Den attraktive måltidsservice til ældre"

Politisk administrativt

- Der bør formuleres en kostpolitik og fastlægges en ansvarsfordeling
- Der bør ske en kvalitetssikring og -udvikling af ernæringspraksis

Viden og samarbejde

- Der bør tænkes i tværfagligt samarbejde og samarbejde mellem sektorerne
- Personalegruppernes viden om ældres ernæring bør styrkes

Ernæringsmæssige aspekter

- Risikogrupperne i forhold til dårlig ernæringstilstand bør findes tidligt
- Maden bør tilpasses den enkeltes behov
- Kvaliteten af maden bør sikres og ønskes fra den enkelte tilgodeses

Sociale aspekter

- Der bør være fokus på måltidets sociale aspekter
- Der bør være fokus på spisemiljøet
- Der bør være fokus på plejepersonalets rolle omkring måltidet
- Deltagelse i madlavningen bør bruges til at vedligeholde færdigheder

De enkelte anbefalinger er uddybet i delkonklusionerne i rapportens resultatafsnit.

4. Materialer og Metoder

Del 1 Vidensopsamling

Litteratursøgning

Den videnskabelige litteratur er søgt via Pubmed og Swetwise. Der er søgt på ordene Older People, Nursing Home Residents, Nutrition, Nutritional Status, Energy Intake, Respite care, Nursing Care og Nursing Home. Disse søgeord er anvendt i forskellige kombinationer med Meal Environment og Meal Ambience ligesom ordene Staff og Staff Role har indgået i disse kombinationer. Relevansen af de fundne artikler er derefter vurderet ud fra deres abstracts. Endvidere er der, for de mest relevante studiers vedkommende, søgt på de forskere, der har været førsteforfattere på artiklerne. Dette for at afdække, hvorvidt disse har publiceret yderligere relevante resultater. En række af de internationalt refererede studier har været gennemført blandt yngre ældre, som ikke er visiterede til madservice. Resultaterne herfra kan derfor primært overføres til de ældre, der bruger ældrecaféer og har mulighed for at deltage i madklubber.

Afdeling for Ernærings undersøgelser

Afdeling for Ernæring har gennemført en række undersøgelser vedrørende betydningen af sociale og ernæringsmæssige aspekter af måltidsservicen. Konklusionerne herfra vil blive medtaget, hvor det er relevant. Afdeling for Ernæring udsendte i februar 2006 et spørgeskema til samtlige af landets plejecentre.³ Formålet var at klarlægge, om og hvordan der var fokus på de ældres ernæringstilstand, samt om og hvordan der eventuelt blev grebet ind, hvis der var tegn på dårlig ernæringstilstand. Spørgeskemaet var primært tiltænkt forstanderen eller ledelsen på de enkelte afdelinger, og spørgsmålene var baseret på de spørgeguides, der blev benyttet ved besøgene af "Bedre mad til ældre" projekterne (se nedenfor). I alt blev ca. 1250 spørgeskemaer udsendt til plejecentre i Danmark, og godt halvdelen kom retur. Relevante resultater vil blive præsenteret i denne rapport.

Del 2. Forskellige projekter samt andre initiativer

"Bedre mad til ældre" projekterne

Afdeling for Ernæring lavede indledningsvis en gennemgang af rapporterne fra de gennemførte "Bedre mad til ældre" projekter (i alt 21). Derefter tog afdelingen kontakt til de respektive steder.

³ Spørgeskemaundersøgelsen indgår som en del af Sara Louise Drud og Mette Bjerregårds professionsbacheloropgave i human ernæring (juni 2006). En liste med adresser på plejecentre blev stillet til rådighed af Socialministeriet.

Det blev besluttet at interviewe de projektansvarlige eller andre, der havde været involveret i projektet, for på den måde at få et overblik over de tiltag, der var sat i værk i de enkelte projekter. Årsagen til dette var, at flere projekter omfattede alle kommunens plejecentre, hvor der var fokus på flere aspekter på en gang, f.eks. de småtspisende, gennemføre fællesspisning, forbedre samarbejdet mellem køkken- og plejepersonalet osv. I andre projekter blev der kun fokuseret på enkelte aspekter som f.eks. identificering af de småtspisende ældre.

Næste skridt i processen var at besøge alle projekterne med henblik på at få uddybet rapporterne.⁴ Generelt var omfanget af rapporterne meget forskelligt, idet nogle var på over 100 sider og andre kun på 1½ side. De korte rapporter gjorde det svært at vurdere projekterne, og det var derfor hensigtsmæssigt at supplere med interview. Interviewene gav samtidig mulighed for at lave en opfølgning på projektet og se nærmere på om det var forankret. Desuden blev interviewene, hvor det var relevant, suppleret med en rundvisning. Dette var med henblik på at få et indtryk af de steder, hvor projektet foregik.

Besøgene af de 20 "Bedre mad til ældre" projekter blev desuden suppleret med besøg i et par leve- og bomiljøer, da Afdeling for Ernæring vurderede, at de kunne bidrage med vigtige erfaringer.

Interviewene blev gennemført med udgangspunkt i spørgeguides (se bilag 1). Hovedfokus var på enten det ernæringsmæssige eller det sociale aspekt, dog med overlap hvor det var relevant. Som udgangspunkt startede interviewet med, at der blev stillet nogle generelle spørgsmål til projektet. Derefter blev der spurgt ind til hhv. de ernæringsmæssige og sociale aspekter. I praksis foregik det ikke så opdelt, idet begge interviewpersoner stillede uddybende, supplerende spørgsmål undervejs. De fleste interview blev udført af to interviewpersoner, men der var enkelte interviewsituationer, hvor der kun var én interviewperson til stede. Det var et valg, der blev truffet med udgangspunkt i, at disse projekter enten udelukkende havde fokus på de ernæringsmæssige eller på de sociale aspekter. Normalt varede et interview ca. halvdanden time.

Nye projekter og andre initiativer

Afdeling for Ernæring vurderede, at det var relevant at medtage en række nye projekter samt andre initiativer, der er blevet gennemført efter "Bedre mad til ældre" handlingsplanens iværksættelse. Disse havde ligeledes fokus på hhv. de ernæringsmæssige og sociale aspekter af måltidet. Projekterne og initiativerne blev identificeret via søgning i relevant fagspecifik litteratur (Køkkenliv, Diætisten og Tidsskrift for Sygeplejersker fra perioden 2004 til 2006) samt via Afdeling for Ernærings netværk.

⁴ Et projekt blev ikke besøgt på grund af længerevarende sygdom hos den projektansvarlige.

5. Der bør formuleres en kostpolitik og fastlægges en ansvarsfordeling

Tema: Formulering og vedtagelse af en kostpolitik der beskriver serviceniveauet for den offentlige måltidsservice i relation til ældres behov.

Der var 13 "Bedre mad til ældre" projekter, der havde arbejdet med at formulere en kostpolitik og 12 projekter, der havde lavet en form for ansvarsfordeling i forhold til håndtering af de småtspisende ældre. I dette afsnit belyses indholdet af de kommunale og lokale kostpolitikker samt fastlæggelsen af ansvarsfordelingen.

Del 1. Vidensopsamling

Litteratursøgning

En kostpolitik udgør en vigtig platform for både ledelse, personale og de ældre, idet den fastlægger procedurer for:

- Mad og drikke (dvs. kostformer og portionsstørrelser, kostsammensætning, råvarer, tilberedning, servering og hygiejne)
- Standarder og indikatorer for god ernæringspraksis
- Spisemiljø og sociale omgivelser
- Ansvarsfordeling for varetagelse af opgaverne
- Viden og uddannelse
- Dialog mellem de ældre og personalet
- Samarbejde på tværs af faggrupper og sektorer
- Ledelsens rolle (dvs. organisering af måltidsservicen – herunder ressourcer til løsning af opgaverne)

(Levnedsmiddelstyrelsen 1997)

Afdeling for Ernærings undersøgelser

En spørgeskemaundersøgelse til køkkenerne på landets plejecentre, gennemført i 2002, afdækkede følgende barrierer i forhold til at sikre ældre modtagere af måltidsservice tilstrækkeligt at spise og drikke (Beck & Kofod 2003a):

- Manglende ansvarsfordeling
- Manglende viden og uddannelse
- Manglende dialog mellem de ældre og pleje- og køkkenpersonalet
- Manglende samarbejde på tværs af faggrupper og sektorer
- Manglende opbakning fra ledelse/det politiske niveau

Spørgeskemaundersøgelsen gennemført i 2006 (se fodnote 3) viste, at knap to-tredjedel angav at have en kostpolitik, og at fire ud af fem angav at have en ansvarsfordeling i relation til de ældres ernæring. I langt de fleste tilfælde var ansvaret dog fordelt på flere end to personer, hvilket kan gøre det vanskeligt at arbejde med i praksis. De hyppigst angivne barrierer i forhold til ældre og ernæring var manglende viden og manglende økonomiske ressourcer.

Del 2. Forskellige projekter samt andre initiativer

"Bedre mad til ældre" projekterne

Kostpolitikernes indhold

Mere end halvdelen af projekterne arbejdede ud fra en vedtaget kostpolitik. Det var meget forskelligt, hvor omfattende kostpolitikken var, og hvad denne omfattede. Et udpluk af de mange punkter, der indgik i kostpolitikken var f.eks.: Opprioritering af de ældres ernæringstilstand, brugerinddragelse, eksempelvis vha. tilfredshedsundersøgelser, valgmuligheder mellem forskellige kostformer og menuplaner, mulighed for tilbud om individuelt tilrettelagte kostformer, mulighed for forskellige portionsstørrelser samt antal af måltider efter behov. Desuden kunne kostpolitikken omfatte en vurdering af de ældres ernæringstilstand, efteruddannelse af personale, spisemiljøet, plejepersonalets rolle i forbindelse med måltidet, optimering af edb-området, samt forbedring af det tværfaglige samarbejde mellem de forskellige faggrupper. I projekterne var der generelt lagt vægt på at anvende kostpolitikken som omdrejningspunkt i forhold til de opgaver, der skulle udføres i forbindelse med projektet.

Kommunal vs. lokal kostpolitik

I flere tilfælde var omfanget af kostpolitikken afhængig af, om projektet var lokalt på f.eks. et plejecenter eller besluttet centralt af kommunen. I de fleste kommunale projekter, var der på forhånd lavet en meget grundig kostpolitik, som tydeligt beskrev, hvilke områder kommunen ønskede forbedringer indenfor. I kommunalt regi blev kostpolitikken som regel udformet af ansatte ved forvaltningen, men ofte også i samarbejde med personale fra både køkken og pleje. De kommunalt udarbejdede kostpolitikker var i nogle tilfælde mere omfangsrige sammenlignet med de kostpolitikker, der var udarbejdet lokalt. Det var dog ikke ensbetydende med, at de lokale kostpolitikker havde mindre effekt. I de lokale miljøer blev der generelt fokuseret på færre områder, og i flere af tilfældene betød det, at det var lettere at opfylde de mål, der var opsat.

Et sted, bestod kostpolitikken bl.a. af et ønske om at nedbringe antallet af småtspisende ældre på plejecenteret. For at opnå dette blev der udarbejdet nogle værktøjer, som både køkken- og plejepersonalet arbejdede ud fra. Disse værktøjer bestod bl.a. i at næringsberegne alle opskrifter vha. et edb-program, udføre 4-dages kostregistrering hos de småtspisende ældre, samt at registrere vægt og BMI. Ud fra disse værktøjer arbejdede hele personalegruppen

frem mod det samme mål. For at kostpolitikken skulle blive en succes, blev projektet igangsat som en fælles opgave både for køkken- og plejepersonalet. Det viste sig at have en god effekt.

I et andet projekt havde udarbejdelsen af en kostpolitik været med til at forbedre kommunikationen mellem køkken- og plejepersonalet. Førhen var kommunikationen mellem de to faggrupper mangelfuld, hvilket bl. a. skyldtes manglende kendskab til hinanden arbejdsområder. Den mangelfulde kommunikation var bl.a. årsag til, at der ikke kom vigtig information fra plejepersonalet omkring de ældres tilstand til køkkenet. Ved i fællesskab at udarbejde en kostpolitik havde de to faggrupper nu noget at arbejde sammen om, idet de havde en fælles målsætning. Et af værktøjerne til at nå hertil var via tværfaglig undervisning, idet der på baggrund heraf blev skabt respekt og dialog mellem de to personalegrupper.

Fastlæggelse af ansvarsfordeling i personalegrupperne

Et af de vigtigste succeskriterier i forbindelse med implementering af en kostpolitik er fastlæggelse af en klar ansvarsfordeling i forhold til de ældre og deres ernæringstilstand. I flere af projekterne gav de udtryk for, at de havde valgt at lave en ansvarsfordeling blandt personalet, da det var vigtigt at få klarhed omkring hvem, der greb ind, hvis der opstod problemer. Det var vigtigt, at både pleje- og køkkenpersonalet var klar over, at der var en udvalgt person/udvalgte personer, der havde fokus på området. Ellers risikerede de, at der kunne opstå situationer, hvor alle troede, at andre ansatte tog sig af problemet. Det var imidlertid meget forskelligt fra projekt til projekt, hvor detaljeret denne ansvarsfordeling var. Nogle steder havde de besluttet, at det generelt var plejepersonalets opgave at holde øje med de ældres ernæringstilstand og efterfølgende rapportere evt. problemer til en kontaktperson i køkkenet. Andre steder havde de udvalgt en person/personer/råd, som varetog de ældres ernæringstilstand som fokusområde. Sidst men ikke mindst ansatte de i nogle projekter en kostkonsulent/klinisk diætist til at varetage opgaven omkring de ældres ernæringstilstand.

En generel oplevelse i forbindelse med interviewene var, at plejepersonalet ikke mente, at de skulle beskæftige sig med de ældres kost og ernæring, idet de ikke havde kompetencer hertil. De mente i stedet, at det var køkkenpersonalets opgave, da det var dem, der havde viden indenfor dette område. Det kan dog være vanskeligt for køkkenpersonalet at følge med i de ældres spisevaner og ernæringstilstand, da de kun i sjældne tilfælde konfronteres med de ældre. Af denne årsag er det derfor yderst vigtigt med en ansvarsfordeling mellem de to personalegrupper, idet en hurtig indgriben og opfølgning er essentiel for at komme problemet omkring de småtspisende og undervægtige ældre til livs.

Ansaret hvilende på én enkelt person

For at lave en klar ansvarsfordeling i forhold til at sikre de ældres ernæringstilstand udvalgte de i nogle projekter én af de ansatte i plejefunktionen til at have ansvaret for de ældres ernæring. Den udvalgte fungerede hermed som ressourceperson. Andre steder ansatte de kost- eller ernæringsfaglig ekspertise. Valget af organiseringsform var i flere tilfælde afhængigt af, om det

var et kommunalt eller lokalt projekt. I de kommunale projekter sås det bl.a., at et personale blev frikøbt til udelukkende at stå for ernæringsområdet blandt de hjemmeboende ældre og ældre på kommunens plejecentre. Andre steder var det f.eks. visitatorernes rolle.

Barrierer

Der var generelt flere barrierer i forbindelse med implementeringen af kostpolitikkerne. De kostpolitikker, der blev udarbejdet uden medinddragelse af alle relevante aktører, var generelt vanskelige at implementere. Desuden sås det i flere projekter, at det var svært at få ansvarsfordelingen til at fungere mellem pleje- og køkkenpersonalet. Den manglende kommunikation mellem de to faggrupper medførte, at de ikke overbragte hinanden de nødvendige informationer, og dermed fungerede ansvarsfordelingen ikke.

Forankring

I de tilfælde, hvor kostpolitikken udelukkende blev udformet af ledelsen, viste erfaringerne, at det var vanskeligt for de praktiske medarbejdere at forholde sig til den. Modsat viste det sig, at hvis de praktiske medarbejdere var en del af udarbejdelsen, så fik de et tilhørsforhold og en ansvarsfølelse over for kostpolitikken. Dette gjorde ifølge projektdeltagerne, at de praktiske medarbejdere i dagligdagen var mere villige til at arbejde ud fra kostpolitikken, hvilket medførte en større sandsynlighed for, at den blev forankret i nærmiljøet. Det faktum, at der ved udarbejdelsen af kostpolitikken, blev samarbejdet på tværs af fagområder, gjorde, at de nåede en bredere personaleskare, og dermed fik de forskellige faggrupper til at samarbejde om at virkeliggøre og udføre kostpolitikken i dagligdagen.

Nye projekter og andre initiativer

I 2003 godkendte Sundheds- og Omsorgsudvalget i Københavns Kommune en kostpolitik for ældreområdet. Ved det efterfølgende budgetforlig blev der bevilget 5 mio. kr. til at igangsætte, implementere og evaluere to modelprojekter på kostområdet for ældre. I perioden april 2004 – april 2005 er der derfor gennemført to modelprojekter "Visitation og ernæringsterapi" og "Fællesspisning". Projekterne har skabt resultater, der viser, at det nytter at sætte målet ind på dette område. Evalueringen viser:

- At ernæringsterapi er en effektiv indsats med et stort udbytte for undervægtige og småtspisende ældre i hjemmeplejen.
- At ældre, der deltager i fællesspisning, oplever øget appetit og trivsel og får mere energi til at indgå i nye sociale sammenhænge.

I 2005 blev der bevilget 5 mio. kr. til fortsat udrulning af kostpolitikken. Samme beløb er afsat i 2006. Det betyder, at de gode resultater fra modelprojekterne føres videre ud i større skala og udbredes til hele byen i løbet af 2005/2006 (www.kk.dk).

"Alt om kost" rejseholdet består af 16 medarbejdere fordelt i landets 10 fødevareregioner samt et sekretariat i Fødevarestyrelsen. Målet med rejseholdet er at støtte og inspirere amter, kommuner, skoler og institutioner til bl.a. at udvikle kostpolitikker ud fra central viden og lokale forhold. En evaluering af "Alt om kost" rejseholdet fra 2005 viste, at over halvdelen af de evaluerede besøg efter de besøgtes vurdering bidrog til en kostpolitik (www.minff.dk).

Delkonklusion

Der er en række barrierer i forhold til at sikre ældre modtagere af madservice og mad på plejecentre tilstrækkeligt at spise og drikke. Der bør være politisk fokus på problemstillingen i form af formulering og implementering af en kostpolitik. Dette kan medvirke til, at der bliver taget hånd om disse barrierer. Kostpolitikker kan udarbejdes både i kommunalt og lokalt regi, og i begge tilfælde er det vigtigt, at det ikke kun er ledelsens opgave, men at alle faggrupper involveres, idet alle dermed får tilhørsforhold og ansvarsfølelse.

Det bør tillige overvejes, om tilbud om en ekstern samarbejdspartner – fx i form af et "rejsehold" – da dette kan bidrage positivt til at få sat gang i udarbejdelsen af en kostpolitik.

Når der udarbejdes en kostpolitik bør der fastlægges en ansvarsfordeling blandt det personale, der har den daglige kontakt med de ældre. Det kan være en fordel at synliggøre ansvarsfordelingen for de ældres ernæring via en ressourceperson, der får lov til at opprioritere området i sit daglige arbejde. Ressourcepersonen bør bl.a. have fokus på det tværfaglige samarbejde.

6. Der bør ske en kvalitetssikring og udvikling af ernæringspraksis

Tema: Kvalitetsudvikling ved f.eks. at indføre modeller for løbende kvalitetsvurderinger internt i køkkenet.

Der var 7 "Bedre mad til ældre" projekter, der beskæftigede sig med kvalitetsudvikling konkret i forhold til de ældres ernæringstilstand, som eksempelvis anvendelse af næringsberegning. I dette afsnit vil der blive set på dokumentationen af de forskellige initiativer.

Del 1. Vidensopsamling

Litteratursøgning

I en række lande er der udarbejdet nationale retningslinier med standarder og indikatorer for god ernæringspraksis, som beskriver det acceptable kvalitetsniveau for plejecentrene. Et eksempel på en standard er f.eks.: Alle beboere får ordineret en kostform eller anden form for ernæring, der er baseret på den enkeltes ernæringstilstand og energibehov. Et eksempel på en indikator er f.eks.: Antal journaler hvor beboernes ernæringstilstand er beskrevet/totalt antal journaler. Det betyder bl.a., at andelen af beboere, som får dækket deres behov for energi og næringsstoffer, kan bruges ved kvalitetsbedømmelsen af det enkelte plejecenter/den enkelte afdeling. Hvis et plejecenter vælger ikke at følge linien i dette eller afviger væsentligt på enkeltpunkter, skal det sikres, at der foreligger dokumentation for, hvorfor man har fundet, at en anden praksis er fyldestgørende (www.jcaho.org).

Den svenske Socialstyrelse har i 2004-05 besøgt 20 plejehjem og interviewet ledelse, plejepersonale, de ældre, pårørende m.fl. Desuden blev der lavet journalgennemgang samt indsamlet informationer om retningslinier for mad og måltider, menuplaner m.m. Resultaterne viste, at der var sket en forbedring af ernæringspraksis, når der blev sammenlignet med tidligere undersøgelser. Forsat var der dog behov for forbedring på en række områder: Dokumentationen vedr. de ældres ernæring i sygepleje- og lægepapirer, indsatsen i relation til de ældre, der var fundet i dårlig ernæringstilstand, forebyggelsen af dårlig ernæringstilstand og muligheden for bistand af ernæringsfaglig ekspertise (Socialstyrelsen 2005).

Afdeling for Ernærings undersøgelser

De officielle anbefalinger for den mad og drikke, der bør tilbydes de ældre i hjemmepleje og på plejecentre (Pedersen & Ovesen 2000, Beck et al. 2003), følges kun sjældent. En spørgeskemaundersøgelse til køkkenerne på landets plejecentre, viste, at de ældre, der modtog kommunal mad, kun sjældent blev tilbudt energirige menuer. Desuden vidste køkkenerne ikke

hvor meget energi og næringsstoffer, der var i den mad, beboere og klienter fik serveret (Beck & Kofod 2003a).

Som opfølgning på denne spørgeskemaundersøgelse gennemførte Afdeling for Ernæring i 2004, i samarbejde med Fødevareregion Århus, en nærmere analyse af sammensætningen af den mad, der blev produceret i 10 køkkener, der producerede mad til ældre. Resultaterne viste, at de kostformer, der almindeligvis blev anvendt til ældre med nedsat appetit og spiseproblemer, i alle/næsten alle tilfælde indeholdt for lidt protein og energi i dagskosten samt for lidt energi i mellemmåltiderne. Dette er set i forhold til de officielle anbefalinger. I en del tilfælde var energiindholdet i desserten højere end i hovedretten. Da mange kommuner giver de ældre mulighed for at fravælge desserten – og da mange ældre benytter sig af dette tilbud – betyder det, at de ældre får endnu sværere ved at få spist tilstrækkeligt (Hansen & Beck 2005).

Del 2 Forskellige projekter samt andre initiativer

"Bedre mad til ældre" projekterne

Manglende dokumentation

Generelt viste det sig, at ernæringsfaglig ekspertise var en mangelvare de fleste steder, og mange af interviewene bekræftede således tidligere undersøgelser om, at der ikke var overblik over mængden af energi og næringsstoffer i den mad, der blev serveret til de ældre. I forbindelse med interviewene viste det sig f.eks., at det langt fra var alle dem, der producerede energirige menuer, der også næringsberegne dem. Forklaringerne på de manglende beregninger var i nogle projekter, at køkkenpersonalet ikke var rustet til at foretage næringsberegninger, mens de andre steder mente, at det var unødvendigt og for tidskrævende. Et sted fulgte køkkenpersonalet ikke nogle former for retningslinjer i forbindelse med produktionen af maden, så de var ikke klar over, om maden på plejecentret fulgte de officielle anbefalinger.

Anvendelse af næringsberegning

I nogle projekter blev der foretaget næringsberegning af den mad, der blev produceret. Flere steder brugte køkkenpersonalet edb-udstyr til at næringsberegne menuerne til alle ældre i kommunen. Edb-udstyret havde desuden betydet et nedsat madspild, idet der ikke blev produceret mere mad, end der blev bestilt.

Et, blandt flere steder, blev der taget højde for, at al maden, der blev produceret, stemte overens med de gældende officielle anbefalinger, samt at der blev foretaget næringsberegning af alle menuer hver dag. "Ellers kan man jo ikke lave en energirig menu. Man skal jo have kendskab til energiindholdet, for at man ved, om der er kommet ekstra energi i".

Et projekt havde gjort meget ud af at lave en elektronisk "opskriftsbank", hvori alle opskrifter på Normalkost og på Kost til småtspisende blev gemt. Herfra kunne de hente

næringsberegnete opskrifter. Opskrifterne til de småtspisende ældre blev dog ikke brugt mere, idet køkkenet ikke længere tilbød Kost til småtspisende. Årsagen hertil var, at køkkenet havde den holdning, at energiberigelse af ét måltid ikke var tilstrækkeligt. Hvis der skulle ses en effekt på de småtspisende ældre, mente de, at Kost til småtspisende skulle tilbydes til alle måltider, før det ville have nogen effekt på deres ernæringstilstand. Køkkenet mente absolut ikke, at der ville kunne ses en effekt på de ældre, hvis det f.eks. kun var det varme måltid, der blev energiberiget. De mente også, at det var nødvendigt at ændre deres morgen- og frokostmåltid og berige det.

Opmærksomhed på de individuelle behov

Erfaringerne fra projekterne viste, at hvis der var vedtaget en kostpolitik, der skulle afhjælpe problemet omkring de småtspisende ældre, så var det vigtigt at finde årsagen til problemet. Det ville være spild af tid, kræfter og penge at producere en energirig menu, hvis problemet var, at den ældre ikke spiste maden pga. ensomhed, tygge- og synkeproblemer og lign. I disse tilfælde ville de ældre alligevel ikke spise maden, selvom der var produceret en speciel energirig menu til dem. Hvis pleje- eller køkkenpersonalet derimod tog fat om problemet, og snakkede med de ældre og evt. pårørende om problemet, var der større mulighed for at løse problemet. Det viste sig ligeledes, at det efterfølgende var vigtigt at få udarbejdet en handlingsplan til den enkelte. Handlingsplanen skulle dokumenteres, således at der var konsekvens og opfølgning hele tiden.

Dokumentation af god ernæringspraksis

Ingen projekter havde fokus på dokumentation af en ernæringsindsats. I nogle af de projekter, der arbejdede med kostpolitikker, blev der dog skelet til de anbefalinger, som Sundhedsstyrelsen har udgivet vedr. indlagte patienter i ernæringsmæssig risiko (se boks næste side om Nye projekter og andre initiativer). Her er der givet nationale retningslinier for, hvordan en ernæringsindsats løbende bør dokumenteres, evalueres og justeres.

Barrierer

En af barriererne i forhold til at sikre småtspisende ældre tilstrækkeligt med energi og næringsstoffer var manglende viden, både hos køkkenpersonalet og de ældre selv. Eksempelvis var køkkenpersonalets løsning i et par projekter at give de småtspisende/undervægtige mindre portioner af den samme kost, som de resterende ældre fik, altså Normalkost. Begge steder udtrykte de, at de ældre var godt tilfredse med løsningen, idet de ældre var glade for, at de nu kunne spise op, "så spilder de jo ikke penge". Blot at servere en mindre mængde mad uden samtidig at øge energiindholdet gør næppe ernæringstilstanden bedre. Et andet sted var holdningen blandt de interviewede, at det var uden betydning at tilbyde Kost til småtspisende i madservice, da de ældre kun fik leveret ét af dagens måltider. Kontakt til plejepersonalet med henblik på at få sat fokus på dagens øvrige måltider ville have kunnet afhjælpe den problemstilling.

I forhold til næringsberegning af maden var barriererne bl.a. holdningen om, "at det vigtigste er, at der bliver lavet god mad, og at de ældre får det, de kan spise", samt vurderingen af, "at det ville være helt overflødigt at næringsberegne" på grund af mange års erfaring med madlavning. En anden barriere var, at næringsberegning var en meget ressourcekrævende opgave for køkkenpersonalet, idet mange ikke er rustet til at udføre næringsberegning, og dermed heller ikke forstår behovet herfor.

Forankring

Erfaringerne viste, at det var vigtigt at være opmærksom på de småtspisende ældres individuelle behov, idet det gav mulighed for at målrette den indsats, der blev tilbudt. Herved sikrede køkkenpersonalet, at den energirige menu, der var brugt tid og ressourcer på at lave, blev spist.

Nye projekter og andre initiativer

Kost & Ernæringsforbundet har udgivet en kvalitetshåndbog, der skal forberede køkkenerne på arbejdet med at blive akkrediteret (godkendt) efter Den Danske Kvalitetsmodel.

Kvalitetshåndbogen beskriver to hovedemner i kvalitetsudviklingen i køkkenet, hvoraf det ene er ernæring (www.kvalitet.kostforum.dk).

Akkrediteringen af det danske sundhedsvæsen starter på sygehusene i løbet af 2006. Et af de første områder, der vil blive kigget på, er "Ernæring". Senere kobles også ældreplejen og den øvrige del af sundhedssektoren på (www.sst.dk).

Sundhedsstyrelsen har i 2003 udgivet "Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko". De regelmæssige audit, der gennemføres af Den Gode Medicinske Afdeling, viser, at der efter udgivelsen er sket en forbedring af ernæringspraksis på en række områder (www.dgma.dk).

Delkonklusion

Der bør tages initiativ til at udvikle nationale retningslinier med standarder og indikatorer for god ernæringspraksis i primærsektoren til brug for kvalitetssikring. Den mad, de ældre i hjemmeplejen og på plejecentre tilbydes i dag, er kun sjældent sammensat således, at den kan medvirke til en forbedring af de ældres ernæringstilstand. Maden bør leve op til de officielle anbefalinger, hvilket bør kunne dokumenteres af køkkenerne via udførelse af

næringsberegning. Tillige bør årsagerne til de ældres undervægt undersøges, således at individuelle behov imødekommes og yderligere forværring af ernæringstilstanden forhindres. De forskellige tiltag vedr. ældres ernæring bør ligeledes dokumenteres af plejepersonalet m.fl. Næringsberegning af opskrifter kan for noget køkkenpersonale være en ressource- og tidskrævende indsats. Det er derfor vigtigt med efteruddannelse og afsættelse af ekstra tid til opgaven. Begge dele bør prioriteres af ledelsen.

7. Risikogrupper i forhold til dårlig ernæringstilstand bør findes tidligt

Tema: Etablering af ordninger, der sikrer, at der bliver taget hånd om ældre med ernæringsmæssige problemer.

Der var 15 "Bedre mad til ældre" projekter, der omfattede en vurdering af de ældres ernæringstilstand. I dette afsnit vil der blive set på, hvilke metoder der blev benyttet.

Del 1. Vidensopsamling

Litteratursøgning

Forekomsten af forskellige ernæringsmæssige risikofaktorer øger sandsynligheden for nedsat energiindtagelse, vægttab og undervægt hos ældre. Konsekvenserne heraf kan være nedsat fysisk aktivitetsniveau og livskvalitet samt øget sygelighed og dødelighed. Vægttab hænger tæt sammen med tab af muskelmasse, og vægttab øger derfor risikoen for fald i funktionsevne og fysisk formåen. Et fald i funktionsevne følger efter et ganske lille vægttab (ca. 1% pr. år svarende til ca. 1 kg). Vægttab som følge af tab af muskelmasse medfører nedsat funktionsevne og dermed nedsat evne til at klare sig selv i eget hjem, hvilket er med til at øge behovet for hjemmeplejeordninger eller indflytning på plejecenter (Ernæringsrådet 2002). Vægttab hos ældre er således ikke normalt og bør altid give anledning til en nærmere udredning.

Der findes validerede screeningsredskaber, der anbefales til at vurdere ernæringstilstanden og identificere ældre i ernæringsmæssig risiko (Ernæringsrådet 2002, Kondrup et al. 2003). Eksempler på disse kan ses i Anbefalinger for den danske institutionskost (Pedersen & Ovesen 2000) og Uden mad og drikke (Beck et al. 2002).

Afdeling for Ernærings undersøgelser

En spørgeskemaundersøgelse gennemført blandt køkkenerne på landets plejecentre viste, at det kun var 8%, der havde oplysninger om de ældres ernæringstilstand (højde, vægt, BMI) (Beck & Kofod 2003a).

Spørgeskemaundersøgelsen (se fodnote 3), der blev gennemført i 2006, tydede på, at der var sket en forbedring på dette område. Stort set alle steder blev de ældres ernæringstilstand vurderet med regelmæssige mellemrum, og langt de fleste steder anvendtes en række forskellige metoder til denne vurdering. Knap en tredjedel benyttede sig dog udelukkende af en subjektiv vurdering – f.eks at tøjet sad løst – mens under 10% fulgte de officielle anbefalinger (Pedersen & Ovesen 2000 og Beck et al. 2002) om at veje de ældre hver

måned samt efter sygdom. Ud fra undersøgelsen var det ikke muligt at afgøre, om resultaterne af vurderingen førte til konkrete initiativer for at bremse eksempelvis et væggtab.

Del 2. Forskellige projekter samt andre initiativer

”Bedre mad til ældre” projekterne

Identifikation af risikogrupper

Det var meget forskelligt fra projekt til projekt, hvordan personalegrupperne vurderede de ældres ernæringstilstand. Nogle steder vurderede personalet udelukkende de ældre på baggrund af en subjektiv vurdering, mens de andre steder lavede både vægt- og højderegistrering. Nogle steder supplerede de endda vurderingen med en kostregistrering. Det viste sig at være en fordel, idet det blev meget tydeligt for plejepersonalet, hvor og hvad problemet var med de ældres kostindtag.

I et af projekterne havde man gennemført en meget omfattende screeningsundersøgelse for at identificere de ældre i kommunen, der var i dårlig ernæringstilstand. På baggrund af resultatet fra undersøgelsen ønskede kommunen at sætte ind med ernæringsterapi, der sigtede mod at forbedre de ældres ernæringstilstand samt generelle modstandskraft.

Screeningsundersøgelsen blev foretaget blandt ældre, der var tilknyttet hjemmeplejen og visiteret til madservice samt ældre på plejecentre i kommunen. Screeningsundersøgelsen bestod i et individuelt interview med de ældre, hvor der blev anvendt et spørgeskema med spørgsmål om de ældres ernæringstilstand. Desuden blev de ældre vejlet og målt. Det blev vurderet, om der var tale om væggtab, og de fik vurderet deres indtag af energi- og proteinrige fødevarer. Idet personalet fik identificeret de ældre i dårlig ernæringstilstand, kunne kommunen konkret tilbyde denne gruppe Kost til småtspisende.

Resultatet af undersøgelsen blev, at kommunen fik udarbejdet et meget effektivt screeningsredskab, der gjorde det hurtigt og simpelt at afdække ernæringstilstanden hos brugere på plejecentre og i madservicen. Der er efterfølgende blevet fulgt op på screeningsundersøgelsen vha. en revurdering af modtagerne af Kost til småtspisende. Ved revurderingen blev der foretaget en ny screening, og ernæringstilstanden blev vurderet igen. Der er lavet individuel kostvejledning til alle brugere. Revurderingen viser bl.a., at færre af de ældre nu er i risiko for dårlig ernæringstilstand.

Barrierer

Selvom de ældre i mange projekter blev screenet, afspejlede interviewene ofte manglende viden om dette område. Det kan eksempelvis være meget vanskeligt at vurdere, om de ældre er undervægtige udelukkende på baggrund af en subjektiv vurdering. Ofte er ældre kvinder klædt i kjoler, som skjuler deres egentlige kropsfacon, og her kan det derfor være svært at se, om der er nogen risiko for dårlig ernæringstilstand.

En anden barriere i forhold til at finde de ældre i ernæringsmæssig risiko var manglende ansvarsfordeling. Flere steder valgte plejepersonalet kun at vurdere de ældres ernæringstilstand på baggrund af en subjektiv vurdering, idet de mente, at det var lægens eller sygeplejerskens opgave at lave den egentlige screening.

Et udbredt synspunkt var endvidere, at lav vægt og lav BMI ikke altid er ensbetydende med dårlig ernæringstilstand, selvom det er det. Et andet udbredt synspunkt var, at nogle ældre altid har haft lav BMI på trods af, at de indtager tilstrækkeligt energi. Holdningen blandt de interviewede var derfor, at for de ældre ville det være en stor omvæltning at skulle spise større portioner og tage på i vægt. Hvis det er indstillingen fra personalet, kan det blive meget svært at få de ældre til at tage de vigtige ekstra kilo på, da det netop kræver stadig opfølgning, opmuntring osv.

Forankring

Gennemførelse af en større screeningsundersøgelse kræver, at der er ansat personale, der har kompetencerne, tid og ressourcer hertil. Det at lave selve kostregistreringen er omfattende og tager tid. Erfaringerne viser bl.a., at der er behov for at have ansat en ressourceperson til at varetage opgaven med screening af de ældre. Denne bør ligeledes have adgang til den nødvendige software til brug for udarbejdelsen af disse screeninger.

Nye projekter og andre initiativer

Projektet "Forbedret ernæringsindsats i hjemmeplejen Brønshøj-Husum" indgår som en del af implementeringen af kostpolitikken på ældreområdet i Københavns kommune. I projektet er der bl.a. gennemført en "nulpunktsscreening" i 2004 i to af de deltagende hjemmeplejeenheder. Resultaterne viste, at forekomsten af undervægt var ligeså høj, som det er fundet i andre danske undersøgelser (www.kk.dk).

Projektet "Visitation og ernæringsterapi" indgår ligeledes som en del af implementeringen af kostpolitik på ældreområdet i Københavns kommune. Formålet er at forbedre ernæringstilstanden hos ældre i dårlig ernæringstilstand samt at forebygge dårlig ernæringstilstand hos ældre i ernæringsmæssig risiko. Projektet har bl.a. haft som målsætning at implementere og evaluere screeningsredskaber til opsporing af ældre i ernæringsmæssig risiko. Evalueringen fra 2004 og 2005 viste, at en høj andel af de ældre, der blev opsporet, havde gavn af den iværksatte ernæringsterapi. Ernæringsterapien viste sig relativ prisbillig, idet den visiterede ekstra tid pr. borger svarede til 4 sygeplejetimer (www.kk.dk).

Projektet "Samarbejde med primærsektor, fortsat ernæringsindsats til patienter efter udskrivelse og ernæringsscreening af borgere før henvisning til sygehus" - bl.a. støttet af Sundhedsstyrelsen pulje "Bedre mad til syge", blev gennemført i samarbejde mellem Randers Centralsygehus/Grenaa Sygehus, Grenaa, Rosenholm og Mariager Kommune. I forbindelse med projektet blev der indført et skema til screening, som blev implementeret på hhv. sygehuset og i hjemmeplejen. I kommunerne screenede plejepersonalet borgere, med stort plejebestov, regelmæssigt efter skøn og ved visitation til madservice. Ud fra screeningens resultat blev det bestemt, om borgeren efterfølgende skulle kostregistreres. I projektperioden blev der i 2005 gennemført en audit på screeningsskemaerne. Resultaterne viste bl.a., at ældre borgere i hjemmeplejen havde lav gennemsnitsvægt, og at knap halvdelen af de 75+ årige var i ernæringsmæssig risiko. Et økonomisk overslag vurderede, at der var en del hjemmeplejetid og dermed kroner at spare ved at tilbyde de ældre besøg af klinisk diætist og energirige menuer (www.rosenholmkommune.dk).

Delkonklusion

Noget tyder på, at der er kommet øget fokus på ældres ernæringstilstand på landets plejecentre, men der er dog stadig behov for at gøre en indsats på området. Konsekvenserne af dårlig ernæringstilstand er alvorlige, og der bør derfor ske en tidlig opsporing af ældre i ernæringsmæssig risiko. Der findes en række validerede screeningsredskaber, der bør benyttes til denne opsporing. Screeningsundersøgelser bør omfatte både beregning af BMI og vurdering af kostindtag. Meget foreløbige resultater tyder endda på, at der kan spares penge jævnfør eksemplet i boksen ovenfor. Der bør derfor indføres metoder til vurdering af ernæringstilstanden ved, visitationen til hjemmepleje, plejecentre m.v., den årlige re-visitatie, efter sygehusophold, efter akut sygdomsperiode, ved vægttab m.m. Resultatet bør dokumenteres i omsorgsjournaler el. lign. som led i kvalitetssikring.

Ældre i dårlig ernæringstilstand bør tilbydes ernæringsterapi, og resultatet heraf bør ligeledes dokumenteres. Ernæringsterapi har vist sig at være relativt prisbillig at gennemføre i praksis.

8. Maden bør tilpasses den enkeltes behov

Tema: Etablering af ordninger der sikrer, at der bliver taget hånd om ældre med ernæringsmæssige problemer.

Der var 11 "Bedre mad til ældre" projekter, hvor der var gjort noget specifikt for de småtspisende ældre. I dette afsnit vil der blive set på, hvordan de ældre med ernæringsmæssige problemer blev håndteret af køkkenpersonalet, plejepersonalet og personale med ernæringsfaglig ekspertise.

Del 1. Vidensopsamling

Litteratursøgning

Ældre, som modtager hjemmepleje samt ældre på plejecentre, vil ofte have behov for ernæringsterapi. Disse ældre udgør en svækket gruppe, er ofte i dårlig ernæringstilstand og er i stor risiko for at tabe yderligere i vægt og forringe almentilstanden i forbindelse med akut sygdom, traumer og lign. Særlige indikatorer for ernæringsmæssig risiko er bl.a. svigtende appetit, ensomhed, tygge- og synkeproblemer, demens, akut og kronisk sygdom samt sygehusophold – alle indikatorer som er hyppigt forekommende blandt ældre i hjemmepleje og på plejecentre (Ernæringsrådet 2002).

Der har været gjort mange forsøg på at forbedre ernæringstilstanden hos ældre i hjemmepleje og på plejecentre, og der er publiceret flere store gennemgange af den litteratur, der foreligger på området. Konklusionen fra den seneste slår fast, at en ernæringsindsats målrettet småtspisende ældre på plejecentre og tilpasset den enkeltes behov har gavnlig effekt på hhv. de ældres ernæringstilstand og deres overlevelse (Milne et al. 2006). Ernæringsterapi ved klinisk diætist (eller tilsvarende ernæringsfaglig ekspertise) i kombination med ernæringstilskud er effektiv til at forbedre ernæringstilstanden (Baldwin & Parsons 2004).

Afdeling for Ernærings undersøgelser

Undersøgelser har vist, at forekomsten af dårlig ernæringstilstand er hyppigt udbredt blandt ældre i hjemmepleje og på plejecentre. Vurderet ud fra kropsmasseindeks (BMI) er det ca. 60% der har BMI <24 (dvs. er undervægtige). Desuden får langt de fleste for lidt vitaminer og mineraler, og mange har haft et nyligt større vægttab. Forekomsten af dårlig ernæringstilstand er på niveau med, hvad der er set i udenlandske undersøgelser. Den er tillige langt højere end blandt ældre, der klarer sig selv (Beck et al. 2005).

Spørgeskemaundersøgelsen fra 2006 (se fodnote 3) viste, at knap hver femte af de adspurgte plejecentre svarede, at de havde overvejelser om økonomi i relation til evt. særlige tilbud til de småtspisende ældre. Næsten ingen plejecentre havde tilknyttet ernæringsfaglig

ekspertise i form af klinisk diætist. Cirka en femtedel mente, at de havde behov for kliniske diætister.

Del 2. Forskellige projekter samt andre initiativer

"Bedre mad til ældre" projekterne

Håndtering af ældre med ernæringsmæssige problemer

I projekterne var det meget forskelligt, hvordan opgaven omkring de småtspisende ældre blev grebet an. I de fleste tilfælde var det enten plejepersonalet eller en eller anden form for ressourceperson, der havde ansvaret for at vurdere de ældres ernæringstilstand. Når de identificerede de småtspisende ældre, rapporterede de det til køkkenet, og herfra var det for det meste køkkenets opgave at løse opgaven, enten i samarbejde med plejepersonalet/ressourcepersonen eller alene. I tilfælde af, at køkkenerne fik rapport om en småtspisende ældre, var der forskellige måder, hvorpå problemet blev håndteret. Nogle køkkener havde færdige planer for, hvilken kost de småtspisende ældre skulle have, og disse blev effektiviseret, når det blev nødvendigt. Andre steder bestod planen til de småtspisende ældre af en kostplan specielt sammensat til den gruppe, med hyppige små energirige måltider. Sådant en kostplan kunne f.eks. bestå af små ekstra energirige hovedretter og biretter, hvor kalorieindholdet var højere sammenlignet med en alm. normal portion. Berigelsen blev foretaget på flere forskellige måder, både vha. smør, fløde og lign., men også vha. tilsætning af forskellige energi- og proteinrige pulvere. Generelt havde køkkenerne eksperimenteret med flere forskellige løsninger, og der var forskel på, hvad de syntes virkede bedst.

Ofte var det sådan, at hvis køkkenet kunne tilbyde en energirig menu, så var det én specifik menu, de småtspisende fik leveret. Et sted havde køkkenet dog lavet en særskilt menuplan til de småtspisende ældre, således denne gruppe havde flere muligheder at vælge mellem, både i forhold til hovedret og mellemmåltider.

Mulighed for visitation til kost til småtspisende

Nogle steder havde man valgt at gøre noget specifikt for de småtspisende ældre, og tilbød derfor visitation/valg af en energirig menu/Kost til småtspisende samt mulighed for ændringer i portionsstørrelse. I projekterne fandtes der mange forskellige udgaver af Kost til småtspisende, idet det både kunne være en almindelig fuldkost, man havde gjort mindre (!), almindelig fuldkost der var beriget, en helt anden menu, berigede supper, mulighed for mellemmåltider og proteindrikke osv. Det var langt fra alle de forskellige udgaver, der var næringsberegnet.

I et projekt, hvor fokus bl.a. var rettet mod det økonomiske aspekt i forhold til at skulle producere Kost til småtspisende, viste beregningerne, at tilberedning af de energirige menuer var lidt billigere end standardtilbuddet. Udgangspunktet for beregningerne var bl.a., at Kost til

småtspisende er en mindre portion rent vægtmæssigt (!) end den øvrige mad – hvilket gør den lidt billigere at lave – også selvom der skal bruges penge på berigelse af maden.

Maden bør tilpasses de individuelle behov

Idet der kan være mange årsager til de ældres spiseproblemer og dårlige ernæringstilstand, er det essentielt at tage individuelle hensyn. Den dårlige ernæringstilstand kan selvfølgelig skyldes nedsat appetit, men i mange tilfælde ses det, at årsagen er kvalme og utilpashed pga. medicin, dårlig tandstatus, depression, begyndende demens m.m. (Ernæringsrådet 2002). I disse tilfælde er det vigtigt, at den egentlige årsag til en evt. faldende vægt bliver afdækket, og at den nødvendige tid til de ældre prioriteres. Visitatoren kunne eksempelvis have en vigtig rolle i den forbindelse. Årsagen til problemet er dog ofte så kompleks, at en løsning kræver, at der er ansat personale med den nødvendige ernæringsfaglige ekspertise, eksempelvis en klinisk diætist.

Erfaringerne fra projekterne viste da også, at det kun var de færreste steder, hvor problemerne hos de småtspisende ældre blev årsagsforklaret i forbindelse med visitationen. Projekterne viste endvidere, at det var af stor betydning, at årsagen til den ældres nedsatte appetit og faldende vægt i hvert enkelt tilfælde blev afdækket, inden der blev iværksat forskellige tiltag og lavet en individuel handlingsplan.

Flere af de steder, hvor der ikke var ansat ernæringsfaglig ekspertise, udtrykte de, at der i høj grad var behov for sådan ekspertise, idet det var en nødvendighed for at tilgodese de individuelle behov, de ældre har, og for at ernæringsterapi blev en succes. Et sted udtrykte de, at det ville være en fordel med en form for tovholder, som konfronterede de ældre med, om de spiste maden. Personen kunne desuden varetage en form for vejledning af de ældre, således at vigtigheden af energirig mad og drikke blev synliggjort. Desuden kunne personen varetage mange andre opgaver som f.eks. efteruddannelse af personalet, hvilket der var hårdt brug for. Yderligere skulle personen fungere som bindeled mellem plejecenter/hjemmepleje og køkkenet, vejlede de ældre ved bestilling af mad, vejlede de ældre og plejepersonalet om køkkenets tilbud, udarbejde relevant materiale til de ældre og personalet om maden/køkkenets tilbud, undervise plejepersonalet i kosttilbud og andre ernæringsrelaterede spørgsmål.

Anvendelse af ernæringsfaglig ekspertise

I nogle af de gennemførte projekter havde de ansat ernæringsfaglig ekspertise i form af kliniske diætister. Deres opgaver var mange: Næringsberegning af opskrifter, undervisning af det øvrige personale, sikring af at personalet udnyttede køkkenets tilbud optimalt i forhold til de ældres behov, ajourføring af ny viden vedr. ernæring, sikring af at redskaber som f.eks. kostregistreringsskemaer og screeningsskemaer blev holdt ajourført, udvikling af ernæringspleje f.eks. i samarbejde med ledelsen, monitorering af ernæringsterapi osv.

I et af de projekter, hvor der blev tilknyttet en klinisk diætist, havde de tidligere gennem lang tid tilbudt de småtspisende ældre en lille fuldkostmenu, idet det var mere overskueligt for dem at spise sådan en. Da de fik ansat en klinisk diætist og fik næringsberegnet opskrifterne,

viste det sig, at de ikke levede op til anbefalingerne. Menuerne indeholdt således alt for lidt energi i forhold til de officielle anbefalinger. Efter næringsberegningerne fik køkkenpersonalet i stedet sammensat en særlig energirig menu, som de kunne anbefale de småtspisende ældre og ældre i ernæringsmæssig risiko. De fik dermed bekræftet vigtigheden af, at maden blev næringsberegnet.

Et andet sted havde de ansat en klinisk diætist, og her bestod opgaven bl.a. i at udarbejde en kosthåndbog, som indeholdt en metode til vurdering af ernæringstilstanden hos ældre. Bogen bestod af nogle retningslinier for, hvordan køkken- og plejepersonalet kunne komme frem til, hvad de enkelte ældre skulle tilbydes i tilfælde af ændrede behov. Der fandtes forklaringer om de forskellige kostformer, som køkkenet tilbød, samt hvor og hvem plejepersonalet skulle henvende sig til ved evt. problemer. Endvidere omhandlede bogen metoder til energiberigelse, tips vedr. sondeernæring samt eksempler på energirig mad og drikke. Denne kosthåndbog var til stor gavn for både pleje- og køkkenpersonale. Den kliniske diætist udarbejdede også et vurderingsskema til visitatorerne, som de kunne anvende, når de skulle visitere de ældre til madservice. Desuden lavede hun også individuelle kostplaner til de hjemmeboende ældre.

I et tredje projekt havde de ligeledes ansat en klinisk diætist, og her blev det påpeget, at det var vigtigt, at der var ansat personale, som havde en ernæringsfaglig uddannelse, da andet personale havde meget gavn af at kunne få svar på spørgsmål osv. Desuden blev den kliniske diætist brugt til undervisning på plejecentrene og i køkkenerne.

I de projekter, hvor den kliniske diætist blev anvendt til ernæringsterapi viste monitoreringen, at det havde en positiv indflydelse på de ældres ernæringstilstand.

Ernæringsfaglig vs. kostfaglig ekspertise

Nogle steder blev det forsøgt at tilgodese behovet for ernæringsfaglig ekspertise ved at ansætte kostfaglig ekspertise (dvs. en økonoma). Nogle af disse steder var der dog ifølge de interviewede opstået problemer, da de andre økonomaer i køkkenet havde svært ved at acceptere, at den udvalgte økonoma, ikke skulle varetage de samme opgaver i køkkenet som de andre. Det var årsag til misundelse og dermed mangel på samarbejde og respekt.

Et af de steder, hvor de havde ansat en klinisk diætist, fremhævede man, at lige præcis dette problem var undgået, idet det øvrige køkkenpersonale kendte arbejdsområderne for den kliniske diætist. Der var aldrig nogen, der spurgte hende om hjælp til andre opgaver end dem, det var meningen, hun skulle udføre. Hvis det havde været en økonoma, der havde været ansat i stillingen, så havde resten af køkkenpersonalet måske forventet, at hun ville kunne træde til i pressede situationer i køkkenet. Det var slet ikke på tale i diætistens tilfælde. Det medførte et meget givtigt samarbejde mellem køkken og klinisk diætist, og det lykkedes dem i høj grad at få taget hånd om de småtspisende ældre.

Anvendelse af andre former for ressourcepersoner

I et projekt blev der ansat en køkkenassistent, hvis opgaver bestod i at være ressourceperson for plejepersonalet i relation til de ældres ernæring (både mht. praktiske og pædagogiske opgaver) samt at etablere og udbygge samarbejdet med køkkenet.

I et andet projekt havde de ansat en social- og sundhedsassistent som ressourceperson, som havde suppleret sin uddannelse med kurser i kost og ernæring. Ligesom i ovennævnte projekt bestod hendes opgave i at være ressourceperson for kollegaerne i forhold til ernæring, og begge steder fungerede det fint.

I flere af de projekter, hvor det var personer, som ikke havde en ernæringsfaglig ekspertise, der varetog opgaven omkring de ældre og ernæringen, fik disse personer den nødvendige undervisning herom. Eksempelvis fik både plejepersonalet på plejecentrene og i hjemmeplejen i et projekt undervisning i, hvordan de skulle screene (vægt- og kostregistrere) de ældre.

Inddragelse af de pårørende

I et projekt tog de udgangspunkt i, at pårørende i mange tilfælde spiller en vigtig rolle, når det gælder ældres ernæring. Her forsøgte plejepersonalet at involvere de pårørende, da de ofte kunne bidrage med gode informative oplysninger om den ældres spisemønster. Erfaringerne viste, at det var en vigtig detalje, idet mange ældre ikke selv er i stand til at give relevante oplysninger om deres kostmønster. De synes selv, de spiser tilstrækkeligt, og de mener ikke, der er noget i vejen med deres kostvaner. Pårørende kan derimod ofte se, at der er noget galt, og derfor bør de inddrages. Dog viste erfaringerne også, at personalegruppen i nogle tilfælde skal være opmærksom på vigtigheden af information af de pårørende, især hvis de pårørende er af den opfattelse, at god mad til ældre består af masser af grønt og groft. Det er de kostråd, der gælder den almindelige voksne befolkning, men ikke de småtspisende ældre.

Kommunal vs. lokal organisering

Som sagt havde de i nogle projekter udvalgt en af de ansatte i plejefunktionen til at sikre, at der blev taget hånd om ældre med ernæringsmæssige problemer, mens der i andre tilfælde blev ansat en form for kostvejleder eller klinisk diætist. Dette var i flere tilfælde afhængigt af, om det var et kommunalt eller lokalt projekt. I de kommunale projekter sås det bl.a. ofte, at der blev frikøbt en person udelukkende til at stå for ernæringsområdet blandt de ældre på kommunens plejecentre og de hjemmeboende borgere. Andre steder var det visitatorernes rolle. I nogle af de lokale projekter blev der ansat hhv. en økonoma, en ernærings- og husholdningsøkonom, og en klinisk diætist. Erfaringerne var, at ansættelse af en klinisk diætist godt kan fungere, selvom det er et lokalt projekt. Holdningen var dog, at det i mange tilfælde ville være mere rentabelt at ansætte ernæringsfaglig ekspertise på kommunalt niveau eller konsulentbasis.

Barrierer

En af barriererne i forhold til at sikre, at de ældre får en kost, der er tilpasset den enkeltes behov, er manglende viden om de officielle anbefalinger, der gælder vedrørende mad og drikke. Heraf fremgår det bl.a., at også ældre med diætkrævende sygdom kan risikere at komme i dårlig ernæringstilstand, og at det derfor er nødvendigt at tilsidesætte diætprincipperne i en periode til fordel for genoprettelsen af ernæringstilstanden. I et af projekterne havde de eksempelvis en undervægtig ældre dame, som vha. Kost til småtspisende var begyndt tage på i vægt. Senere havde personalet fundet ud af, at hun havde en for høj kolesterolkoncentration i blodet, hvilket medførte, at hun ikke længere måtte spise den energirige menu.

Den væsentligste årsag til, at der mange steder ikke var ansat ernæringsfaglig ekspertise, var økonomisk. Holdningen var bl.a., at de enkelte plejecentre var for små til at ansætte en klinisk diætist på fuld tid.

En anden væsentlig barriere var en manglende ansvarsfordeling mellem pleje- og køkkenpersonalet. Eksempelvis blev social- og sundhedsassistentelever et sted undervist af en klinisk diætist, og i denne sammenhæng blev der lagt meget vægt på, at registreringen af de ældres kostindtag var plejepersonalets opgave. Det var der en del uoverensstemmelse omkring, idet plejepersonalet (især elever) ikke mente, at kost og ernæring var deres område.

Forankring

Erfaringerne fra projekterne viste betydningen af, at der var klarhed omkring, hvad opgaverne var for den person, der skulle varetage arbejdet med at sikre, at der tages hånd om ældre med ernæringsmæssige problemer. Det gjaldt uanset, om der var tale om en klinisk diætist, en økonoma eller en ressourceperson fra plejepersonalet. Desuden viste projekterne vigtigheden af, at det blev klargjort for det øvrige personale, at ressourcepersonen ikke skulle deltage i andre opgaver, idet der var tale om en tidskrævende opgave, som krævede den nødvendige tid. Endvidere var det vigtigt, at den pågældende person havde ernæringsfaglig ekspertise, idet ernæringsterapi var en krævende opgave.

Nye projekter og andre initiativer

Projektet "Samarbejde med primærsektor, fortsat ernæringsindsats til patienter efter udskrivelse og ernæringsscreening af borgere før henvisning til sygehus" - bl.a. støttet af Sundhedsstyrelsen pulje "Bedre mad til syge" - blev gennemført i samarbejde mellem Randers Centralsygehus/Grenaa Sygehus, Grenaa, Rosenholm og Mariager Kommune. I forbindelse med projektet blev der gennemført ernæringsterapi ved klinisk diætist til ældre borgere i ernæringsmæssig risiko. En gennemgang af journaler fra 2005 viste, at det har været muligt for ældre borgere at tage på i vægt efter et sygehusophold, når plejepersonalet i kommunen fortsat havde fokus på ernæringen (rapport kan f.eks. ses på www.rosenholmkommune.dk).

I forlængelse af projektet "Organisering af patientforløb hos patienter i ernæringsmæssig risiko mellem sygehusafdelinger på Aalborg Sygehus samt alment praktiserende læger og hjemmeplejen i Aalborg Kommune – et tværsektorielt kvalitetsudviklingsprojekt" - bl.a. støttet af Sundhedsstyrelsen pulje "Bedre mad til syge", blev der i 2005 ansat en klinisk diætist i kommunen med det formål at hjælpe plejepersonalet med ernæringsterapi af ældre borgere (www.sundhed.nja.dk).

I forbindelse implementeringen af kostpolitik på ældreområdet i Københavns Kommune tilbydes ældre hjemmeplejeklienter i ernæringsmæssig risiko Kost til småtspisende (som består af et hovedmåltid og to mellemmåltider, der er inkluderet i prisen). Ifølge de officielle anbefalinger bør de ældre tilbydes Kost til småtspisende hver dag. Evalueringen fra 2005 viste dog, at en femtedel af de ældre takkede nej til tilbuddet om daglig levering, idet de syntes, det var for dyrt "for de små portioner mad" (www.kk.dk).

Delkonklusion

Ernæringsterapi i kombination med Kost til småtspisende kan forbedre de småtspisende ældres ernæringstilstand. Tilbudene til de småtspisende bør være næringsberegne.

Undervægtige/småtspisende ældre bør dagligt tilbydes energirige menuer samt mellemmåltider, uden ekstra beregning. Udnyttelse af kommunernes mulighed for at give differentieret tilskud til Kost til småtspisende kan medvirke hertil. De energirige menuer er dog næppe dyrere at producere end den øvrige mad.

Øget fokus på ældre med ernæringsmæssige problemer øger generelt behovet for ernæringsfaglig kompetence, og for at kunne tilgodese de ældres individuelle behov er det vigtigt, at køkken- og plejepersonalet har viden om de officielle anbefalinger for ældres ernæring. Der bør derfor afsættes ressourcer og tid af til efteruddannelse. Ved særlige problemstillinger i relation til dårlig ernæringstilstand bør der kunne henvises til klinisk diætist.

Der bør udpeges ressourcepersoner, idet de kan spille en vigtig rolle, når det gælder om at tilgodese, at der bliver taget hånd om ældre med ernæringsmæssige problemer. Ledelsen bør klargøre for det resterende personale, hvilke opgaver ressourcepersonen har, således at der ikke hersker tvivl herom.

Visitatoren bør være opmærksom på forekomsten af de forskellige ernæringsmæssige risikofaktorer med henblik på at iværksætte en tværfaglig indsats med inddragelse af de praktiserende læger, tandlæge/tandplejer, ergoterapeut, fysioterapeut, klinisk diætist m.fl.

9. Personalegruppernes viden om ældres ernæring bør styrkes

Tema: Etablering af ordninger der sikrer, at der bliver taget hånd om ældre med ernæringsmæssige problemer

Der var 6 "Bedre mad til ældre" projekter, der arbejdede med undervisning og vidensdeling. I dette afsnit vil der blive set på behovet for undervisning i grund- og efteruddannelsen af plejepersonalet m.fl. i forhold til ældres ernæring.

Del 1. Vidensopsamling

Litteratursøgning

Pedersen & Munch (2004) gennemførte en interviewundersøgelse af 136 plejepersonaler ansat på 15 tilfældigt udvalgte plejecentre i Århus Amt. Overordnet viste resultaterne, at deltagerne havde en begrænset viden om ældres ernæring, og at deres holdninger var uhensigtsmæssige i forhold til de officielle anbefalinger for ældres mad og måltider. Endvidere havde sygeplejersker ikke bedre viden end personale med kortere basisuddannelse. Undersøgelsen viste endvidere, at "ældres ernæring" syntes, at være et lav prioriteret område.

Faxen-Irving og medarbejdere har gennemført hhv. 9 og 12 timers undervisning af plejepersonalet på plejecentre. Resultaterne var bl.a. en øget viden hos personalet ved opfølgningen efter hhv. fem og seks måneder. Det lykkedes dog ikke at forbedre ernæringstilstanden hos beboerne, hvoraf mange fra start havde lav vægt (Faxen-Irving et al. 1999, Faxen-Irving et al. 2005).

Afdeling for Ernærings undersøgelser

En spørgeskemaundersøgelse blandt underviserne på sygeplejeskolerne og social- og sundhedsskolerne viste, at disse havde en væsentlig bedre viden om ældreernæring og undervægt end plejepersonalet i Pedersen & Munchs (2004) undersøgelse. Langt størstedelen af de adspurgte svarede dog, at de synes, der var behov for mere undervisning på dette område (Christensen 2005).

Spørgeskemaundersøgelsen fra 2006 (se fodnote 3) viste, at en meget høj andel af plejepersonalet havde fået undervisning i ældres mad, måltider og ernæring. Undervisningen var primært foretaget af kostfagligt personale eller ernæringsfirmaer. Både de, der var blevet undervist, og de, der ikke var, angav, at de havde behov for (yderligere) undervisning om ældre og ernæring.

Del 2. Forskellige projekter samt andre initiativer

"Bedre mad til ældre" projekterne

Viden og uddannelse er nødvendig

Erfaringerne fra de forskellige projekter viste, at hvis de ældres ernæringstilstand skulle optimeres, var der mange områder, hvor der kunne gøres en væsentlig forskel. Dog var der specielt et område, hvor det var særligt vigtigt at gribe ind. Det gjaldt uddannelse af den personalegruppe, der til dagligt havde med de ældre at gøre, herunder både pleje- og køkkenpersonale. Projekterne viste, at hvis ikke disse to faggrupper havde de rette og nødvendige kompetencer, så ville eventuelle tiltag og ændringer ikke have nogen effekt. Forbedringer i de ældres ernæringstilstand forudsatte således, at faggrupperne generelt blev bedre rustet på ernæringsområdet via deres uddannelse, og at de herved opbyggede en forståelse for vigtigheden og relevansen af, at der skulle gøres en større indsats på dette område.

Ernæring i grunduddannelsen

I et af projekterne havde de involveret en social- og sundhedsskole, hvilket gav et godt indblik i social- og sundhedsassistent-uddannelsen. I forbindelse med social- og sundhedsassistentuddannelsen undervises eleverne, udover de plejerelaterede fag, også i fag, der er relateret til kost og ernæring. Eleverne har naturfag, hvor de bl.a. undervises i fysiologi og i ernæring. Undervisningen i ernæring bliver af udført flere forskellige faggrupper:

Sygeplejersker, fysioterapeuter og en ernærings- og husholdningsøkonom. Social- og sundhedsassistent- eleverne lærer at kostberegne, næringsberegne, anvende kosttabeller, samt om kostrelaterede sygdomme osv. I forbindelse med besøget på social- og sundhedsskolen var indtrykket, at disse timer blev vægtet højt, og at eleverne fik en god basis i forhold til ernæring. Der blev således givet udtryk for, at eleverne var godt rustet rent teoretisk til at kunne begå sig f.eks. i et leve- og bomiljø. Den praktiske undervisning kunne ifølge den interviewede derimod godt fylde mere på skemaet, idet den kun fyldte 6-8 timer. Herved når eleverne ikke at få ret meget erfaring i at omsætte den teoretiske viden til praksis.

Ernæring i efteruddannelsen

De fleste af de interviewede personer gav udtryk for, at der var afsat ressourcer til efteruddannelse. Det var dog meget forskelligt, hvordan de forskellige steder greb efteruddannelsen an.

Et sted modtog alle de involverede på plejecentrene en kortere efteruddannelse af en klinisk diætist. Der blev herefter udvalgt en gruppe, der var særligt interesseret i kost og ernæring, og denne blev tilbudt mere undervisning. Dette medførte, at der blev lavet en form for ressourcegruppe i forhold til ældre og ernæring. Desuden havde køkkenassistenterne

udarbejdet nogle værktøjer; bl.a. en opskriftbog, en menuplan til småtspisende samt en kostcirkel, der let tilgængeligt illustrerer fordelingen af de forskellige grøntsager efter årstiden. Disse redskaber blev af og til taget frem og anvendt til at hente inspiration samt til undervisning af nye elever i køkkenet.

I et andet projekt havde de grebet opgaven lidt anderledes an, idet kommunen arrangerede forskellige former for praktik. Praktikken gik ud på, at to personalegrupper byttede arbejdsplads i en uge. I dette tilfælde var der tale om, at køkkenpersonalet, der var ansat i kommunens caféer, byttede arbejdsplads med de ansatte i kommunens storkøkken i en uge. Det blev påpeget, at dette havde været en stor succes, fordi det havde givet respekt for hinandens arbejdsområder.

Udover undervisning af det plejepersonale, der arbejder på plejecentrene, havde de i et projekt også arbejdet med undervisning af plejepersonalet i hjemmeplejen. I projektet havde de fokus på de hjemmeboende ældre, som var småtspisende, og der blev i den forbindelse lavet en særlig menu til denne gruppe. Holdningen blandt de interviewede var, at det er vigtigt at inddrage personalet i hjemmeplejen, da det var dem, der mødte de ældre i deres hjem og dermed dem, der kunne holde øje med, om maden bliver spist. I projektet var det en økonoma, der stod for undervisningen af hjemmeplejegrupperne, og hun underviste dem i forbindelse med deres personalemøder. Hun gav dem dels en introduktion til ernæringslære og fortalte også noget om, hvad de rent praktisk gjorde i køkkenet for at berige maden til de småtspisende. Derudover tog hun forskellige menuer med, så plejepersonalet dels kunne smage maden og dels kunne se, hvad forskellen var på en almindelig portion mad og en portion lavet til småtspisende. I forbindelse med undervisningen blev der også uddelt en indkøbsblok med eksempler på energirige mad- og drikkevarer til plejepersonalet, og de blev gjort opmærksom på, at de ikke skulle tage deres egne kostvaner med på arbejde.

Undervisning i ernæring, når plejepersonalet skal stå for maden

Undervisning omkring kost og ernæring til plejepersonalet spiller især en stor rolle i forbindelse med ombygningen af flere plejecentre til leve- og bomiljøer. Erfaringerne fra projekterne viste, at flere leve- og bomiljøer kun havde ansat plejepersonale. Det betød, at plejepersonalet skulle tage sig af både plejeopgaver samt madlavning til alle beboere. Det stillede store krav til deres faglighed indenfor kost og ernæring, idet de skulle kunne tilgodese alle de ernæringsmæssige behov, de ældre måtte have. Det gælder både tilberedelse af Kost til småtspisende, Diabetesdiæt, Energireduceret diæt osv. Holdningen blandt nogle af de interviewede var, at det ville være en god idé, hvis det plejepersonale, der blev ansat i leve- og bomiljøer, fik tilbud om efteruddannelse i madlavning, kost og ernæring.

Barrierer

Den generelle holdning blandt de interviewede var, at der var behov for mere undervisning i ernæring i forbindelse med uddannelsen af plejepersonalet. Der blev dog givet udtryk for, at

dette var svært at tilgodese, idet alle faggrupper på uddannelsesstedet mente, at deres fag burde opprioriteres.

Forankring

Hvis der skal afsættes ressourcer til efteruddannelse i forhold til de forskellige personalegrupper, er det vigtigt, at det er prioriteret fra ledelsens side, så der både sættes tid og penge af til det.

Erfaringen viser endvidere, at det er formålstjenligt at have ernæringsfaglig ekspertise ansat på de steder, hvor plejepersonalet uddannes, idet det er vigtigt, at der er nogle til at holde fanen højt på deres specifikke område.

Nye projekter og andre initiativer

Som en del af EU-projektet KOMMA (Kompetenceudvikling Omkring Måltidet med Alle), der blev gennemført i 2004-2006, forsøgte en social- og sundhedsskole at ruste eleverne til tværfagligt samarbejde ved at lave et samarbejde med køkkenlinjen på en Teknisk skole. Her fik køkkenassistentelever og social- og sundhedsassistentelever undervisning sammen. Kurset var en stor succes, og det gav eleverne mere indsigt i de andres fagområder. Baggrunden var bl.a. en formodning om, at det var vigtigt at nedbryde de barrierer, der eksisterede mellem køkken- og plejepersonale. Dette formodede man kunne gøres ved at synliggøre vigtigheden af begge fagområder samt forståelsen for det nødvendige samarbejde på tværs af faggrænserne (www.komma.socialfonden.net).

Som en del af projektet "Organisering af patientforløb hos patienter i ernæringsmæssig risiko mellem sygehusafdelinger på Aalborg Sygehus samt alment praktiserende læger og hjemmeplejen i Aalborg Kommune – et tværsektorielt kvalitetsudviklingsprojekt" - bl.a. støttet af Sundhedsstyrelsen pulje "Bedre mad til syge", blev der i 2004 gennemført undervisning af praktiserende læger, hjemmesygeplejersker og bistandsplejeledere. Resultatet var, i alle tre grupper, et øget vidensniveau om håndteringen af ældre i (risiko for) dårlig ernæringstilstand (www.sundhed.nja.dk)

Delkonklusion

Det faktum, at størstedelen af underviserne på social- og sundhedsskolerne ikke mener, at der undervises tilstrækkeligt i ernæring, indikerer, at der bør være et større fokus på ernæring ikke blot i hjemmeplejen og på plejecentre, men også på uddannelsesstederne, hvis ernæringstilstanden blandt de ældre skal forbedres. Der bør desuden være mulighed for tilbud om tværfaglig undervisning som en del af grunduddannelserne, idet det bl.a. synes at kunne

medvirke til at nedbryde eksisterende barrierer mellem køkken- og plejepersonale. Endvidere tyder det på, at det gør det nemmere for social- og sundhedsassistentelever (m.fl.) at omsætte den teoretiske viden om ernæring til praksis.

Udover uddannelse af elever bør der også afsættes ressourcer til efteruddannelse af det personale, der kommer i berøring med de ældre. Efteruddannelse kan øge hhv. plejepersonalets og de praktiserende lægers viden om ældres ernæring. Specifikt bør der uddannes ressourcepersoner med særlig viden om ældres ernæring.

Både i grund- og efteruddannelser bør der sættes fokus på viden om, hvordan man skaber samspil mellem de ældre og forebygger og løser konflikter, så de ikke belaster det sociale måltid.

10. Kvaliteten af maden bør sikres og ønskes fra den enkelte tilgodeses

Tema: Kvalitetsudvikling ved f.eks. at indføre modeller for løbende kvalitetsvurderinger internt i køkkenet, i brugersmagspanel eller i brugerundersøgelser.

Der var 9 "Bedre mad til ældre" projekter, der arbejdede med at sikre kvaliteten af maden, og at ønsker fra den enkelte blev tilgodeset. I den forbindelse var der projekter, der fokuserede på køkkenpersonalets tilstedeværelse ved serveringen eller udbringningen af maden, på at inddrage brugerne gennem brugerråd eller brugerundersøgelser, på smagspaneler, og på valgfrihed og fleksibilitet i den offentlige måltidsservice.

Del 1. Vidensopsamling

Litteratursøgning

Der findes ikke videnskabelig dokumentation for betydningen af inddragelse af brugerundersøgelser på plejecentre rettet mod madkvaliteten. Anvendelse af brugerundersøgelser har dog medvirket til en mere fleksibel måltidsservice. Et eksempel er en svensk undersøgelse fra 1981, der indikerede, at en række ændringer af rutiner omkring måltidet, såsom bordenes opstilling, den tid der blev givet til at spise samt eget valg af menu, gav mere samtale i løbet af måltidet, ligesom de ældre psykiatriske patienter begyndte at spise pænere (Melin & Götestam 1981). Denne undersøgelse målte dog ikke, hvorvidt energiindtagelsen blandt de ældre blev forøget.

Afdeling for Ernærings undersøgelser

Undersøgelser indikerer, det rette selskab ved måltiderne har større betydning end muligheden for at vælge, hvilke menuer der spises (Kofod 2000). Afdeling for Ernæring har udviklet en metode til vurdering af brugertilfredshed blandt henholdsvis plejecenterbeboere og hjemmeboende, der både har fokus på maden og det sociale aspekt af måltidet. Disse metoder blev udviklet i lyset af, at mange køkkener hver gang søger at udvikle deres egen brugerundersøgelse. Metoden letter dette arbejde betydeligt idet materialet både indeholder spørgeskema til brugerne og regneark, som omsætter resultaterne fra spørgeskemaet til konkrete tal. På baggrund af disse tal kan der tages konkrete initiativer i forhold til at forbedre kvaliteten (Birkemose & Kofod 2001).

Varmholdt mad bliver produceret kort tid før den bliver spist, mens kølet mad kan være fremstillet lang tid før serveringen (hvor den genopvarmes). Undersøgelser har vist, at der er ulemper ved både varmholdt og kølet mad. Førstnævnte bliver både smagsmæssigt og

ernæringsmæssigt forringet ved varmholdning. Det samme gælder dog for kølet mad. Den ofte længere opbevaringstid øger samtidig risikoen for at påføre de ældre en madforgiftning. At give kølet mad en lang holdbarhed er forbundet med et stort ansvar, da det forudsætter stor tillid til effektiviteten af varmebehandlingen, nedkølingen og genopvarmningen. Økonomisk er det dyrt at skulle transportere den varme mad ud til modtagerne dagligt. Til gengæld er den kølede mad dyr, når det gælder udstyr (og energi) til nedkøling, lagring og genopvarmning (Beck et al. 2003).

Når det gælder brugeroplevelsen af hhv. varmholdt og kølet mad, så tyder undersøgelser på, at tilfredsheden med maden bl.a. kan afspejles i, hvor god kontakten til køkkenet er (Kofod 2000).

Del 2. Forskellige projekter samt andre initiativer

”Bedre mad til ældre” projekterne

Køkkenpersonalets tilstedeværelse ved måltiderne

Flere af de interviewede lagde vægt på vigtigheden af køkkenpersonalets tilstedeværelse i forbindelse med måltidet til de ældre. Det gjorde sig både gældende i forhold til udbringning af maden til de hjemmeboende ældre og i forhold til servering af måltiderne til de ældre på plejecentrene. Køkkenpersonalets tilstedeværelse ved udbringningen eller ved måltidet på plejecentrene gav køkkenet føling med, hvilke menuer de ældre tog godt imod, og hvor meget de ældre spiste. Et sted fortalte de, at kontakten til de ældre blandt andet gav en forståelse for, hvor vigtigt det var, at maden præsenterede sig pænt, når den blev serveret. Desuden gav det de ældre mulighed for at sætte ansigt på de mennesker, der lavede maden, og der blev i flere interview givet udtryk for, at det kunne have en positiv effekt. Den positive effekt var dels i forhold til appetitten hos de småtspisende ældre, og dels i forhold til hvordan de ældre modtog maden. Forklaringen var ifølge de interviewede, at de ældre oplevede et personligt tilhørsforhold mellem køkkenpersonalet og maden. På plejecentrene gav køkkenets tilstedeværelse endvidere køkkenpersonalet mulighed for at vejlede plejepersonalet i servering af maden samt mulighed for at få en dialog i gang om eksempelvis portionsstørrelser. Ifølge de interviewede kunne en række misforståelser undgås eksempelvis i forhold til servering, hvis køkkenpersonalet var synlige ved måltiderne.

Brugerinddragelse – brugerråd og brugerundersøgelser

I forhold til at inddrage brugerne blev der blandt andet arbejdet med at oprette bruger- og pårørenderåd, som kommunerne har pligt til at nedsætte efter serviceloven. Flere af de interviewede udtrykte i den forbindelse, at disse råd gav mulighed for at sende beskeder om ændringer i den kommunale madservice rundt til de ældre. Derudover blev bruger- og pårørenderådet også et enkelt sted brugt til at sende nye forslag på området i høring. Bruger-

og pårørenderåd blev således i denne kommune benyttet som en måde at komme i kontakt med dem, der var tilknyttet den kommunale madservice.

I forhold til de projekter, der arbejdede med brugerinddragelse, blev der også flere steder gennemført brugerundersøgelser. I et enkelt kommunalt projekt blev hele projektet tilrettelagt med udgangspunkt i en brugerundersøgelse, der indledende skulle afdække de ældres generelle behov og ønsker til madservicen. Undersøgelsen resulterede blandt andet i, at der ikke blev oprettet fællesspisning, fordi de ældre i undersøgelsen gav udtryk for, at de ikke ønskede at deltage i fællesspisning. I den forbindelse er det vigtigt at påpege, at fællesspisning er en betegnelse, der kan have mange betydninger. Der er således mulighed for, at de ældre gav et negativt svar i brugerundersøgelsen, fordi de opfattede fællesspisning på en bestemt måde, som eksempelvis at spise sammen med andre flere gange om ugen eller at skulle lave mad til en række ældre i eget hjem.

De fleste steder blev brugerundersøgelsen imidlertid anvendt til at spørge ind til kvaliteten af maden og til madens smag og konsistens. I den forbindelse blev der i flere projekter sendt spørgeskemaer ud til de ældre, og i denne sammenhæng var erfaringen, at det var svært at stille de rigtige spørgsmål og at lave skemaerne enkle nok til, at de ældre kunne overskue dem. Et sted, hvor der blev gennemført en brugerundersøgelse, var det imidlertid tre kostkonsulenter, der gennemførte undersøgelsen, der blev foretaget enten i forbindelse med et besøg hjemme hos borgeren eller som et telefoninterview. Det viste sig, at der var stor tilfredshed blandt de ældre med kommunens madservice. Erfaringen fra de andre projekter var også, at brugerundersøgelserne tilsyneladende som oftest gav et positivt resultat.

Et af de vigtigste elementer i forbindelse med brugerundersøgelser var, at resultatet blev givet videre både til dem, der lavede maden, og dem der serverede den, så de havde mulighed for at bruge resultaterne til at lave ændringer, hvis der var behov for det. Et sted havde køkkenet eksempelvis fået tilbagemelding om, at kartoflerne ikke var gode nok, og de havde så efterfølgende forsøgt sig med andre leverandører.

Smagspanel

Flere projekter arbejdede med at sikre en kvalitetsudvikling af maden ved at oprette smagspaneler. Et sted blev der oprettet et smagspanel, der bl.a. bestod af et seniorudvalg og et ældreråd. Medlemmerne af panelet fik tilsendt en menuplan, hvor fra de valgte, hvilken menu de vil have, og hvilke dage de ønskede få den leveret. Herefter fik de maden leveret som kølemad, som de selv skulle opvarme. Efterfølgende udfyldte de et evalueringsskema, som de afleverede til køkkenet. I samme projekt blev der oprettet et madudvalg, hørende under ældrerådet, som lavede uanmeldte besøg i caféerne, hvor de smagte og kommenterede på maden. Madudvalget tog sig også af klagesager fra andre, som de gik videre med til køkkenet. Desuden smagte køkkenet og chaufførerne på maden hver dag. Effekt i forhold til ernæringstilstand eller lignende er dog ikke dokumenteret.

I et andet projekt blev der nedsat et smagspanel, der bestod af repræsentanter fra bruger- og pårørenderådet og ældrerådet, en borger, der brugte caféen, én fra plejecentret, og fra køkkenet deltog souschefen og cheføkonomaen. Hver måned fik deltagerne en spisebillet til at gå op i caféen og spise, og de bestemte selv, hvilken ret de ville spise, og hvornår det skulle være. Det var således ikke på forhånd arrangeret, hvornår medlemmerne af smagspanelet kom, hvilket betød, at køkkenet ikke kunne forberede sig. Medlemmerne havde et skema, som de udfyldte med en bedømmelse af måltidet, og disse skemaer blev diskuteret på møder, der blev afholdt 3-4 gange om året.

I et tredje projekt blev der oprettet et smagspanel bestående af tre repræsentanter fra kommunens kostråd: Lederen af køkkenet, lederen af madservice og en café medarbejder. To gange om året tog de rundt til kommunens caféer, hvor de smagte hele udbuddet og kommenterede maden ud fra smag, konsistens, farve, udseende, servering osv. De kommenterede også rengøringsstandarden, atmosfæren i caféen, personalet, serviceniveauet osv. Efterfølgende blev deres vurdering stillet op i et skema med billeder af den mad, de fik serveret, og skemaerne blev sendt ud til alle caféerne og til kommunens centrale køkken. Det betød, at alle medarbejderne havde mulighed for at se, hvordan både deres egen café og de andre caféer var blevet bedømt. Dette gav anledning til sammenligning og vidensdeling, idet medarbejderne eksempelvis opdagede, at der i de andre caféer blev sat lys og blomster på bordet, eller at maden blev anrettet på en anden måde, f.eks. ved at lægge en sandwich på skrå, så fyldet var synligt. Erfaringerne fra dette smagspanel blev således brugt konstruktivt i det daglige arbejde i caféerne.

Det sidste eksempel, på hvordan et smagspanel kan organiseres, var i et projekt, hvor køkkenet inviterede beboere fra et plejecenter, plejehjemassistenter, og hjemmeboende der modtog mad, til at komme og smage på maden. Når alle var kommet, blev maden serveret, og efterfølgende udfyldte deltagerne nogle bedømmelsesskemaer. Dog blev der i denne sammenhæng givet udtryk for, at det tog lang tid at samle op på skemaerne, og de derfor fik lov at ligge længe, før de blev bearbejdet. Fordelen ved denne form for organisering var imidlertid, at køkkenpersonalet fik den direkte respons fra brugerne og kunne bruge den i deres daglige arbejde.

Valgfrihed og fleksibilitet

Med henblik på at sikre kvaliteten af maden samt at ønskes fra den enkelte tilgodeses, var der flere projekter, der forsøgte at øge de ældres valgmuligheder og fleksibilitet. Der blev i projekterne dels arbejdet med dette i forhold til madservice, og dels i forhold til den mad der blev serveret på plejecentrene.

I forhold til madservice blev der i flere projekter arbejdet at give de ældre mulighed for at vælge mellem forskellige menuer, varm eller kold mad, til-fravalg af baret og mellemmåltider samt leveringstidspunkt. I nogle af de projekter, hvor der blev gennemført brugerundersøgelser, var det netop muligheden for at kunne vælge, der blev kommenteret som værende positivt. Dog

var der forskel på graden af valgfrihed, idet der i nogle projekter var mulighed for at vælge i forhold til alle de nævnte muligheder, mens der i andre projekter kun var mulighed for at vælge mellem f.eks. to menuer. Generelt var der dog i alle projekterne mulighed for at vælge mellem flere forskellige menuer i forbindelse med det varme måltid. Derudover var det også i flere projekter muligt for de ældre at vælge, om de ville have maden leveret enten varm eller kold. Erfaringerne fra projekterne viste, at mange ældre ønskede at få den varme mad leveret hver dag, på trods af at de var nødt til at spise, når chaufføren kom med maden. Ifølge de interviewede så de ældre frem til besøget af den person, der leverede maden, og det daglige besøg gav de ældre en følelse af tryk.

Et andet tiltag med henblik på at give de ældre flere valgmuligheder var, at det flere steder blev valgfrit, om de ældre ville bestille baretten, og resultatet blev, at en stor gruppe af de ældre fravalgte baretten. Der var dog problemer i denne sammenhæng i forhold til de småtspisende ældre, idet de fik en stor del af deres energibehov samt vitamin- og mineralbehov dækket gennem baretten. Ofte var baretten medregnet i menuen Kost til småtspisende, så et fravalg af denne betød et lavere indtag af energi. Der var således ernæringsmæssige problemer forbundet ved det frie valg.

I et projekt blev det endvidere forsøgt at gøre leveringstidspunktet for den udbragte mad fleksibelt, således at de ældre kunne vælge at få den varme mad leveret enten til middag eller til aften. Ordningen fungerede fint, og de ældre, især de småtspisende, gav ifølge de interviewede, udtryk for, at det var rart selv at kunne bestemme, hvornår de ønskede at spise den varme mad. Det er i denne sammenhæng relevant at påpege, at tilbuddet om den varme mad om aftenen gav de ældre større fleksibilitet i forhold til at tilrettelægge deres dag. Det kunne eksempelvis være i forhold til, hvornår de ønsker at stå op om morgenen, eller hvornår de ønskede at spise frokost, da de ikke var afhængige af, at maden var varm og skulle spises kl. 11.30.

Udover at der i nogle projekter blev arbejdet med frit valg og fleksibilitet i forhold til den udbragte mad, var der også nogle projekter, der arbejdede med at fremme muligheden for, at de ældre kunne træffe valg i forhold til den mad, der blev serveret på plejecentrene. På et plejecenter blev det forsøgt at tilrettelægge måltiderne sådan, at de ældre kunne spise, når de havde lyst. Der var ganske vist faste tidspunkter for måltiderne, men det var muligt at få serveret maden tidligere (f.eks. om morgenen efter lang nattefaste) eller senere. Desuden kunne plejepersonalet altid varme et måltid, når der var behov for det, og i køkkenet stod der altid små mellemmåltider og desserter klar, som plejepersonalet kunne hente ved behov. Erfaringerne viste, at det, at de ældre på plejecentrene i højere grad selv kunne vælge, hvornår de ønskede at spise, havde stor betydning for de ældres appetit og velbefindende omkring måltidet.

I forbindelse med projekterne blev der på flere plejecentre tilbudt varm mad om aftenen for på den måde at strække dagens måltider over længere tid. Et sted fortalte de, at tidligere lå alle måltider mellem kl. 8 og 17 og aftenkaffe kl. 19, men i forbindelse med projektet var måltiderne blevet fordelt, så aftensmaden først blev serveret kl. 18, og at aftenkaffen varede

indtil kl. 22. Målet var alle steder dels at skabe en mere hensigtsmæssig døgnrytme for de ældre i forhold til at få dem til at sove bedre om natten og dels at give dem mulighed for at oparbejde appetit mellem måltiderne. Det var særligt relevant i forhold til de småtspisende, der ofte kom senest op, fordi de skulle have mest hjælp, og som måske først spiste morgenmad mellem kl. 10 og 11.

I forbindelse med at indføre varm mad om aftenen blev der i flere projekter sat mere personale i aftenvagten for at have nok personale til at tage sig af de opgaver, der er omkring det varme måltid. Samtidig blev der også de fleste steder flyttet en række arbejdsopgaver til om aftenen, f.eks. at hjælpe de ældre i bad. Plejepersonalets reaktion var i starten negativ, og de ønskede ikke at få ændret deres vagter, men efterhånden blev plejepersonalet glade for at have vagter om aftenen, dels fordi de syntes, det var hyggeligt at være på arbejde om aftenen, hvor der var tid til at deltage i måltidet, og dels fordi de ind i mellem fik en formiddag fri i stedet.

Blandt de ældre var der i starten mange, der ikke brød sig om at skulle have den varme mad om aftenen, men som personalet blev de også glade for at få den varme mad til aften, fordi der var bedre tid til at sidde nyde maden og et glas rødvin. Der var også kommet mere socialt samvær i forbindelse med måltiderne, og på et af plejecentrene var beboere og plejepersonale begyndt at køre til Tyskland for at købe drikkevarer til aftenmaden. Generelt var erfaringerne alle de steder, hvor der blev serveret varm mad til aften, meget positive, og et sted fortalte de således, at ingen af de ældre længere fik sovemedicin, hvilket skulle ses i sammenligning med tidligere, hvor en stor del af beboerne fik sovemedicin.

Barrierer

Med hensyn til køkkenpersonalets tilstedeværelse, så var erfaringen generelt, at køkkenet kun sjældent blev involveret i forbindelse med måltiderne. I forbindelse med smagspanelerne var det derudover tilsyneladende svært at få videreført erfaringer til den daglige madlavning.

I forhold til valgfrihed og fleksibilitet var der også forskellige barrierer, eksempelvis blev det i et projekt forsøgt at gøre tidspunktet for den udbragte mad fleksibelt. Dette tiltag lykkedes imidlertid ikke, da de fastlagte køreruter ikke længere kunne overholdes, og leveringen derfor kom til at tage én time længere. Endvidere var der stor forskel på, om projektet forløb på plejecenter eller i hjemmeplejen, da der var plads til mere fleksibilitet i hjemmeplejen. I forbindelse med hjemmeplejen var det nemmere at levere forskellige menuer til de ældre end på plejecentrene, idet alle beboerne spiste det samme. På de fleste plejecentre var der desuden faste tidspunkter for måltiderne, og det var ikke muligt for de ældre at ændre på, hvornår de ønskede at spise.

Forankring

I forhold til forankringen af de enkelte projekter blev det tydeligt, at når køkkenpersonalet kom ud på afdelingerne eller i hjemmet i forbindelse med måltidet, så fik de mulighed for at opleve, hvordan maden blev modtaget og fik indblik i, hvad de ældre kunne lide, og samtidig kunne de

fortælle, hvad de tilbød i køkkenet og vejlede i forhold til diæter, menuen og portionsstørrelser. Derudover blev det også tydeligt, at der var forskellige måder at organisere et smagspanel på, og at et af de vigtigste elementer var, ligesom ved brugerinddragelse, at resultatet blev givet videre både til dem, der lavede maden, og til dem der serverede den, så der var mulighed for at bruge resultaterne til at lave ændringer, hvis der var behov for det. Det virkede desuden flere steder til at være givtigt for køkkenpersonalet at få direkte respons på maden fra brugerne.

Nye projekter og andre initiativer

På Allerød Omsorgscenter har økonomaen fået såvel ledelsen som personalet i alle afdelingerne til at sætte fokus på de undervægtige og småtspisende ældre. Økonomaen fik i 2006 iværksat en vurdering af de ældres ernæringstilstand, som viste, at en stor andel af de ældre vejede for lidt. Det udløste forskellige tiltag, herunder tilbagevendende vejninger, undervisning af personalet, handleplaner for beboere der skal op i vægt, adgang døgnet rundt til snacks som supper, mælkefad, is og risengrød m.m. (personlig meddelelse Christina Søndergaard).

Projektet "Roomservice" blev støttet af Sundhedsstyrelsens pulje "Bedre mad til syge". I projektet blev der afprøvet forskellige organisationer af måltidsservicen, herunder "Roomservice", som var en fleksibel og individuel kostbestillingsform, hvor deltagerne kunne ringe til den medarbejder i køkkenet, som lavede maden og få den leveret inden for en time. Resultaterne fra 2005 viste bl.a., at den direkte kontakt virkede inspirerende og forpligtende på medarbejderen i køkkenet. Desuden havde den direkte kontakt medvirket til at målrette den energirige menu specifikt til de småtspisendes ønsker og behov (www.kost.dk).

Delkonklusion

I forhold til at sikre kvaliteten af maden, og ønsker fra den enkelte ældre tilgodeses, bør køkkenpersonalet blive mere synligt i dagligdagen, idet det bl.a. giver køkkenet mulighed for at lære de ældre at kende og dermed i højere grad at kunne målrette menuerne. Øget synlighed af køkkenpersonalet giver desuden bedre muligheder for tværfaglighed mellem pleje- og køkkenpersonale. Derudover bør der ske en kvalitetssikring af maden ved at inddrage de ældre og deres pårørende samt ved at nedsætte smagspaneler, da det dermed bliver muligt at målrette menuerne til de ældres individuelle ønsker og behov og at sikre, at maden ved serveringen ser indbydende ud, duften god, er velsmagende m.v. Der er fordele og ulemper ved både varmholdt og kølet mad. Ved valg af produktionsform bør det vigtigste derfor være, at de ældre kan lide maden og spiser den hver dag – også selvom det nødvendiggør begge produktionsformer.

Den serverede mad bør ikke alene vurderes ud fra madens spisekvalitet. En række ydre faktorer, der tilsammen skaber måltidets sociale aspekt, er også vigtige og bør medtages ved bl.a. brugerundersøgelser. Den kommunale madservice og maden på plejecentre bør endvidere give de ældre mulighed for fleksibilitet og frit valg. Det bør eksempelvis være muligt at tilbyde de ældre varm mad om aftenen, hvilket projekterne viser gode erfaringer med.

11. Der bør tænkes i tværfagligt samarbejde og samarbejde mellem sektorerne

Tema: Initiativer der sikrer dialog og information mellem køkken og brugere/ plejepersonale.

Der var 4 "Bedre mad til ældre" projekter, der havde fokus på samarbejdet mellem forskellige personalegrupper. I dette afsnit vil der blive set på forskellige former for samarbejde i form af tværfaglige ernæringsgrupper og inddragelse af kostkonsulenter.

Del 1. Vidensopsamling

Litteratursøgning

Forskellige ernæringsmæssige risikofaktorer kan nedsætte ældres appetit og dermed resultere i dårlig ernæringstilstand. Eksempelvis kan en potentielt livstruende forværring af ældres almentilstand indtræde i forbindelse med f.eks. akut sygdom, forværring i kronisk sygdom eller traume. En række interventionsstudier har påvist, at en energirig menu har en gavnlig effekt på ældres ernæringstilstand (Milne et al. 2006). Specielt rekonvalescensen efter akut sygdom og lign. er forbundet med et langvarigt behov for øget energi- og proteinindtagelse (Ernæringsrådet 2002). Det anbefales, at der ved planlægningen af fremtidige interventionsundersøgelser lægges vægt på de forskellige ernæringsmæssige risikofaktorer med henblik på at iværksætte en tværfaglig indsats rettet mod alle disse (Ernæringsrådet 2002).

Afdeling for Ernærings undersøgelser

En spørgeskemaundersøgelse blandt køkkenerne på landets plejecentre viste, at kun få ældre blev tilbudt de anbefalede energirige menuer. En af forklaringerne herpå var, at plejepersonalet (og de ældre) manglede kendskab til køkkenets tilbud og derfor ikke benyttede disse. Undersøgelserne viste også, at plejepersonalet spillede en vigtig rolle, når det gjaldt om at informere de ældre om dagens menu, hvorimod køkkenpersonalet kun spillede en mindre rolle i den sammenhæng (Beck & Kofod 2003a). Spørgeskemaundersøgelsen (se fodnote 3) gennemført i 2006 viste, at godt en tredjedel svarede, at de havde tværfaglige ernæringsgrupper. Disse bestod primært af plejepersonale og køkkenpersonale. Herudover nævntes en række andre samarbejdspartnere vedr. ældres ernæring, hvor den hyppigst benyttede var fysioterapeuten.

Del 2. Forskellige projekter samt andre initiativer

"Bedre mad til ældre" projekterne

Tværfaglige ernæringsgrupper

I forbindelse med flere projekter blev det forsøgt at oprette tværfaglige ernæringsgrupper med det formål at sikre, at der var nogle, der var ansvarlige for samarbejde og kommunikation mellem faggrupperne. Et sted blev der oprettet en ernæringsgruppe bestående af en sygeplejerske samt pleje- og køkkenpersonale, og gruppens opgaver var at få det tværfaglige samarbejde til at fungere samt at vejlede om køkkenets tilbud/muligheder til plejepersonalet og de ældre. Dette tiltag sikrede, at de forskellige personalegrupper holdt hinanden informeret om nye tiltag, problemer osv., og gruppen fungerede på den måde som bindeled mellem plejecenter, hjemmepleje og køkken. Et andet sted, hvor der blev oprettet en tværfaglig ernæringsgruppe, var det gruppens opgave at undervise plejepersonalet i kost og ernæring til ældre. For yderligere at forbedre samarbejdet på det pågældende sted skulle social- og sundhedsassistenteleverne tilbringe en dag i køkkenet, hvor de fik mulighed for at få et indblik i køkkenets tilbud og muligheder.

Begge steder havde succes med at oprette ernæringsgrupper, og grupperne fungerede som et bindeled mellem køkken og plejeområdet. Der blev desuden generelt blandt de interviewede givet udtryk for, at de godt kunne tænke sig, at plejepersonalet i højere grad havde mulighed for at gøre brug af køkkenpersonalets viden om ernæring og hygiejne, samt at køkkenpersonalet på plejecentrene i højere grad var med i hverdagen på afdelingerne.

Tilknytning af kostkonsulent fra køkkenet

På flere plejecentre blev det forsøgt at forbedre samarbejdet ved eksempelvis at tilknytte en fast køkkenmedarbejder til hver afdeling. De fleste steder bestod samarbejdet i en løs aftale om, at køkkenmedarbejderen eksempelvis skulle komme op og kigge til køleskabene og måle temperatur, eller lejlighedsvis hjælpe til med at servere eller anrette maden. Andre steder var samarbejdet også formaliseret på den måde, at en eller flere køkkenmedarbejdere deltog i plejepersonalets møder, hvis der var behov for det. Som et eksempel på et formaliseret samarbejde var der et plejecenter, hvor plejepersonalet stod for alt omkring madlavningen, hvor der var en køkkenassistent, der var blevet fast tilknyttet et leve- og bomiljø i fem timer om ugen. Køkkenassistentens opgave var bl.a. at hjælpe med at lave en menuplan. Køkkenassistenten vejledte også plejepersonalet i, hvordan de kunne lave en energirig menu og proteindrikke, og hun sørgede også for, at der blev købt sødmælk frem for letmælk til køleskabet. Derudover hjalp hun én gang om ugen plejepersonalet med at lave mad, og hun udarbejdede også en opskriftsbog og en kostcirkel, der illustrerede årstidens grøntsager. Begge blev hængt op på væggen i køkkenet.

Et andet sted blev der i forbindelse med ombygning til leve- og bomiljø midlertidigt ansat en kostfaglig medarbejder (dvs. en økonoma) til at vejlede og undervise plejepersonalet, der

fremover skulle stå for alt omkring madlavningen fra planlægning og indkøb til madlavning og oprydning. Økonomaen vejledte plejepersonalet i at lave varieret kost, og hvordan de kunne sammensætte en menuplan. Derudover udarbejdede hun også et egenkontrolprogram og opskriftsbøger. Plejepersonalet var glade for at få støtte og vejledning af én med kostfaglig ekspertise, men det blev samtidig fremhævet, at økonomaen ville være malplaceret i dag, hvor plejepersonalet har oparbejdet rutiner i at lave mad.

Generelt var erfaringen blandt de interviewede, at når køkkenpersonalet kom ud på afdelingerne, så fik de indblik i, hvordan plejepersonalet serverede og anrettede maden for de ældre. Samtidig fik køkkenpersonalet mulighed for at oplyse plejepersonalet om, hvad køkkenet kunne tilbyde, samt vejlede om diæter, menuer og portionsstørrelser. Der blev også lagt op til, at plejepersonalet, hvis de havde spørgsmål, kunne henvende sig til den medarbejder, der var tilknyttet deres afdeling. Flere steder nævnte de interviewede, at samarbejdet mellem køkken- og plejepersonalet var vigtigt, fordi det gav mulighed for, at pleje- og køkkenpersonalet fik forståelse og respekt for hinandens arbejdsområder, og at det var vigtigt for at sikre de ældre en god og ernæringsrigtig kost. Et sted fortalte de, at de havde oplevet, at det blev nemmere for køkken- og plejepersonalet at have en dialog om maden, uden at den ene part følte sig kritiseret, fordi de kendte hinanden. Et andet sted fortalte de, at samarbejdet kunne være med til at få køkken- og plejepersonalet til at føle en større forpligtigelse overfor hinanden. Det kunne eksempelvis være, at køkkenpersonalet tog kontakt til plejepersonalet, hvis der var bestilt Tygge-/synkevenlig kost til en beboer, som to dage i træk kom urørt tilbage til køkkenet, for at finde ud af hvorfor maden blev sendt tilbage.

Samarbejde mellem sektorer

Kun et enkelt projekt har kigget på samarbejdet mellem sygehus og primærsektor i forbindelse med ældres indlæggelse. Konklusionen blev, at der var behov for fremover at arbejde mod at skabe en sammenhæng mellem sygehus og kommune om viderebehandling af de ældre i dårlig ernæringstilstand, først og fremmest via plejepersonalets mulighed for kontakt med de kliniske diætister på sygehuset.

Barrierer

I forhold til barrierer for at få det tværfaglige samarbejde til at fungere optimalt var der flere af de interviewede personer, der gav udtryk for, at årsagen var mangel på fleksibilitet i forhold til arbejdsopgaver fra medarbejderne. Nogle nævnte, at køkkenet var meget regelstyret, samt at det var svært at ændre på de daglige rutiner. Andre steder, hvor de oplevede, at det var svært at få samarbejdet til at fungere, fortalte de interviewede, at det på den ene side handlede om, at det var svært få køkkenpersonalet til at komme ud af køkkenet og blive integreret på afdelingerne. (Som en af de interviewede sagde: "... mange køkkenpiger vil ikke gå ind i plejen, for tænk hvis jeg skulle hjælpe en på toilet, de har jo valgt det fag, fordi de ikke vil så tæt på mennesker...".) og på den anden side handlede det om, at der var nogle holdningsbarrierer

blandt plejepersonalet, hvilket eksempelvis kom til udtryk i det projekt, hvor en køkkenmedarbejder blev fast tilknyttet i fem timer om ugen. En af de problematikker, der opstod, var, at plejepersonalet følte, at de pludselig ikke gjorde deres arbejde godt nok.

Forankring

Erfaringerne fra projekterne viste, at samarbejdet ofte kom til at fungere i takt med, at de to faggrupper fik et bedre kendskab til og forståelse for hinandens fagområder. Desuden blev det tydeligt, at samarbejdet fungerede bedst, hvis der var nogle til at tage initiativet til at igangsætte et samarbejde samt gøre opmærksom på vigtigheden heraf. Selvom de flere steder fortalte, at projektet havde sat gang i samarbejdet mellem køkken- og plejepersonalet, så tydede det på, at det var nødvendigt, at samarbejdet blev formaliseret og sat i faste rammer. Erfaringen fra de steder, hvor ønsket om samarbejdet var mere løst formuleret, var, at det var svært at få det til at fortsætte med at fungere i samme omfang efter projektets ophør. Hvis der ikke var faste regler for samarbejdet, som eksempelvis at en køkkenmedarbejder skulle være på afdeling i et vist antal timer om ugen, så skete der det, at samarbejdet forsvandt i hverdagens andre opgaver. Samtidig var det generelt for de steder, hvor en køkkenmedarbejder blev løst tilknyttet, at de oplevede, at det var svært at få køkkenpersonalet til at komme ud af køkkenerne og få dem til at forstå, at det var vigtigt, at de indgik i et samarbejde med plejepersonalet omkring maden til de ældre.

Nye projekter og andre initiativer

En undersøgelse fra 2004 af hyppigheden af lav BMI blandt beboerne på Omsorgscentret Bakkegården viste bl.a., at 23,5% havde BMI<18,5. Det satte en række aktiviteter i gang, bl.a. i form af temadage, introduktion af Gratinkost (Tygge-/synkevenlig kost) og øget kontakt mellem pleje og køkken – alt sammen med stor opbakning fra ledelsen. Det bevirkede bl.a., at det i løbet af en 3-måneders periode var lykkedes at reducere antallet af beboere med BMI<18,5 til 19%. Samtidig dukkede der nye udfordringer op, eksempelvis afprøves nu en synskost, som gives til de demente beboere, der får Gratinkost. Det vil sige, at beboerne sammen med Gratinkosten får serveret dele af den almindelige mad (Marianne Lange, personlig meddelelse).

Sundhedsstyrelsens pulje "Bedre mad til syge" støttede en række projekter med fokus på samarbejdet mellem sektorerne (www.sst.dk). Et af disse var projektet "Organisering af patientforløb hos patienter i ernæringsmæssig risiko mellem sygehusafdelinger på Aalborg Sygehus samt alment praktiserende læger og hjemmeplejen i Aalborg Kommune – et tværsektorielt kvalitetsudviklingsprojekt". Som en del af projektet blev der i 2004 udarbejdet en behandlingsalgoritme til brug for de praktiserende læger. Algoritmen indeholdt bl.a. metode til screening, forslag til ernæringsterapi samt råd vedr. opfølgning. Desuden blev der udarbejdet

materiale til hjemmesygeplejen – herunder spørgsmål, der kan anvendes til at identificere småtspisende ældre (www.sundhed.nja.dk).

Delkonklusion

For at optimere vilkårene for de småtspisende ældre bør der samarbejdes på tværs af de forskellige faggrupper. Det gælder både i forbindelse med de hjemmeboende ældre, og de ældre som bor på plejecenter. På flere plejecentre består kontakten mellem køkken- og plejepersonalet udelukkende i, at plejepersonalet kommer ned i køkkenet og henter maden. Det er et problem i forhold til ældres ernæringstilstand, at der ikke i højere grad bliver kommunikeret på tværs af faggrænser. Køkken- og plejepersonalet besidder forskellige faglige kompetencer, og begge er væsentlige for at skabe et godt og ernæringsrigtigt måltid. Mens køkkenpersonalet har den kostfaglige ekspertise og kan vejlede om det ernæringsmæssige aspekt, så kender plejepersonalet beboernes spisevaner. Der bør derfor være et formaliseret bindeled mellem køkken- og plejepersonalet i form af en tværfaglig ernæringsgruppe eller en kostkonsulent.

Derudover bør koordineringen mellem de personer og sektorer, der omgiver den ældre, styrkes – f.eks. mellem den praktiserende læge, hjemmepleje, den offentlige (eller private) leverandør af madservice, sygehuset og pårørende – således at dårlig ernæringstilstand opdages hurtigst muligt. Der bør endvidere rettes særlig opmærksomhed mod de ældre under og efter sygdom, og der bør fremover arbejdes mod at skabe en sammenhæng mellem sygehus og kommune om viderebehandling af de ældre i dårlig ernæringstilstand.

12. Der bør være fokus på måltidets sociale aspekter

Tema: Etablering af omgivelser der fremmer de sociale aspekter ved måltidet.

Der var 11 "Bedre mad til ældre" projekter, der havde fokus på måltidets sociale aspekter. I dette afsnit vil der blive set nærmere på fællesspisning på plejecentre og caféer.

Del 1. Vidensopsamling

Litteratursøgning

I forbindelse med fællesspisning bør det indledningsvis klarlægges, om et fællesskab ved måltidet kan medvirke til at forbedre ernæringstilstanden. Forskningen svarer ikke entydigt på, om ældre, der spiser alene, er mere udsatte i ernæringsmæssig henseende end andre.

Derimod synes problemet at være, at de ældre i forskellige situationer spiser for lidt. Flere studier peger dog på en positiv sammenhæng mellem på den ene side, at flere personer spiser sammen, og måltidets varighed og energiindtaget på den anden side. Således viser et studie, at yngre mænd og kvinder spiste mere i grupper sammenlignet med, hvis de spiste alene.

Ligeledes spiste de mere, når måltidets varighed blev forlænget (Pliner et al. 2006, Klesges et al. 1984, Feunekes et al. 1995).

Ældre på plejecentre, der vælger at spise alene, spiser ikke mindre end de ældre, der sidder sammen med andre. De spiser derimod lige så lidt som disse (Welch et al. 1986).

Pearson og medarbejdere (1998) gennemførte en større europæisk undersøgelse, og denne syntes at give en solid dokumentation for, at ældre, der boede alene, ikke var mere udsatte i ernæringsmæssig sammenhæng, end ældre der boede sammen med andre. Ligeledes findes der en undersøgelse fra USA, der sandsynliggør, at lysten til at spise ikke hænger sammen med, hvorvidt der spises alene eller sammen med andre (Frongillo et al. 1992). Tillige søgte en hollandsk undersøgelse at vurdere effekten hos ældre af at foretage smagsændring på morgenmaden. Selv om det lykkedes at gøre oplevelsen af morgenmaden bedre med mere samvær og snak, medførte dette ikke forøget energiindtag (De Jong et al. 1996).

Dem, man spiser sammen med, synes endvidere at have en indflydelse på, hvor meget der spises. Ved måltider spist sammen med personer, man ikke kender, kan der således ikke registreres et stigende energiindtag. Det er f.eks. undersøgt i den madservice, der tilbydes i USA (Neyman et al. 1996, Vailas et al. 1998). Andre undersøgelser peger imidlertid på, at måltider spist med familie og venner var større (det vil sige, der blev spist en større mængde mad) end måltider spist sammen med kolleger eller andre, man ikke kendte (Vanessa et al. 1994). Det afspejles således, at jo bedre man kender dem, man spiser med, des relativt mere spises der (Messer 1984). Negative kommentarer om maden af andre omkring måltidet kan medføre, at der spises mindre (Goldman 1991).

Afdeling for Ernærings undersøgelser

Undersøgelser har vist, at det er vigtigt at sætte fokus på, hvordan beboerne placeres ved måltidet, særligt i de små grupper i leve- og bomiljøer. I de grupper, hvor beboerne ikke brød sig om det sociale samvær med de andre, kunne der være tendens til forringet ernæringstilstand (Kofod & Birkemose 2004). Undersøgelser har endvidere vist, at det væsentligste i oplevelsen af god måltidskvalitet afhang af, hvorvidt beboerne sad til bords med de beboere, de selv foretrak at sidde til bords med (Kofod 2000). I forhold til hvem de ældre gerne vil sidde sammen med, så forudsætter dette personalets forståelse af, hvilke ældre der kan fungere sammen. Det har vist sig, at samme sociale status og livshistorie er væsentlige elementer i den måde, de ældre ønsker at gruppere sig på og dermed i forhold til at sætte de ældre sammen ved bordene (Kofod 2000).

Del 2. Forskellige projekter samt andre initiativer

"Bedre mad til ældre" projekterne

Fællesspisning på plejecentre

I flere projekter blev der forsøgt at etablere rammer for at spise i fællesskab på plejecentrene. Der blev i den forbindelse lagt vægt på, at 'spisesituationen' blev gjort til et reelt måltid, ligesom det man spiser derhjemme. Det skulle være hyggeligt at sidde ved bordet, således at de ældre fik lyst til at blive siddende og nyde maden. Det var vigtigt, at måltidet ikke bare var noget, der skulle overstås, men noget der blev brugt tid på og blev prioriteret.

Flere steder gav de interviewede udtryk for, at de ældre spiste mere, når de spiste sammen, frem for når de spiste alene. Desuden blev der fortalt, at mange af de ældre, der normalt kun spiste én portion, ofte spiste flere portioner, når der blev spist i fællesskab, og de ældre sad og nippede til maden efter måltidet og på den måde fik spist mere. Et sted fortalte de, at det fælles måltid også betød, at de ældre ikke længere sad så meget inde på deres stuer, og det at spise sammen havde givet de ældre noget at samles om.

Et par steder blev der henvist til rapporten "Du er dem, du spiser sammen med"⁵ og fortalt, at den havde været inspiration til at få skabt rammer for at spise i fællesskab på plejecentret. Fællesspisningen blev arrangeret på forskellige måder, og som eksempel kan nævnes, at det i nogle projekter var muligt at spise sammen med dem, der boede på samme afdeling/gang. I andre projekter blev det forsøgt at sammensætte grupper med udgangspunkt i de ældres funktionsniveau, og der blev lavet en 'god', 'mellem' og 'dårlig' gruppe. Den generelle erfaring fra projekterne var dog, at uanset hvem de ældre spiste med, så var det vigtigt, at

⁵ Kofod 2000

plejepersonalet gjorde sig nogle overvejelser omkring, hvilke ældre der havde noget tilfælles, og som kunne have glæde af at sidde ved siden af hinanden ved bordet.

Udover hvem de ældre spiste sammen med, var der også forskel på, om de ældre spiste alle måltider i fællesskab, eller om de eksempelvis kun spiste sammen til middag. Et sted valgte alle de ældre at spise morgenmaden for sig selv for på den måde at have frihed til selv at vælge, hvornår de ville stå op. Et andet sted startede dagen med fælles morgenkaffe for alle, både beboere og personale. Begge steder blev der givet udtryk for, at de ældre var tilfredse med, hvordan det foregik.

De fleste steder var der en eller flere af de ældre, der valgte at spise i deres egen lejlighed. I den forbindelse var der nogen af de ældre, der valgte at spise morgenmaden for sig selv men stadig deltog i de andre måltider i den fælles spisestue. Et sted fortalte de, at der var en ældre kvinde, der gerne ville se en bestemt tv-serie, når hun spiste aftensmad, og hun spiste derfor i sin lejlighed. Alle de interviewede lagde vægt på, at det skulle være et tilbud at spise sammen og ikke noget, som de ældre skulle føle sig tvunget til at deltage i.

Fællesspisning i café på dagcenter

Stort set alle steder var fællesspisningen i caféer en aktivitet med tilknyttet personale, som de ældre skulle melde sig til på forhånd, og som foregik i et bestemt tidsrum. Der var dog forskel på, om det var én gang om måneden, hver anden uge, hver uge, hvor store grupperne var, og om de ældre lavede maden selv, eller om de fik den leveret fra et køkken. På et overordnet niveau var der to forskellige måder at organisere fællesspisningen på. For det første blev det flere steder forsøgt at etablere fællesspisning for mindre grupper af ældre, hvor tanken var, at de skulle mødes med jævne mellemrum – fra flere gange om ugen til hver 14. dag – og enten lave mad sammen eller få maden leveret fra et køkken. For det andet var der flere projekter, hvor det blev forsøgt at lave fællesspisning som et større månedligt arrangement med underholdning i form af musik eller foredrag. I forhold til de større arrangementer var der også både steder, hvor deltagerne lavede maden selv, og steder hvor maden blev leveret færdiglavet fra et køkken. I alle projekterne mødtes de ældre i forbindelse med middagsmad, der var dog et enkelt sted, der havde forsøgt sig med at lave fællesspisning og foredrag om aftenen, hvilket viste sig at være en stor succes. Andre steder blev det forsøgt at lave de lidt større arrangementer om søndagen, hvilket også var en succes.

Med hensyn til målgruppen var fællesspisning i mindre grupper i flere projekter rettet mod de hjemmeboende ældre, der var tilknyttet den kommunale madservice. De interviewede gav udtryk for, at denne gruppe skulle have mulighed for en gang i mellem at komme ud og spise sammen med andre. I forhold til fællesspisning som et større arrangement var tilbuddet alle steder et åbent tilbud til alle pensionister og efterlønnere i området. Mange af tilbuddene om fællesspisning i caféerne rettede sig desuden mod "svage ældre", der ikke var i stand til eksempelvis selv at komme hen til lokalcentret, og som måske ikke kom så meget hjemmefra.

Det viste sig imidlertid, at det primært var de ressourcestærke og friske ældre, der mødte op til fællesspisning, og at det var svært at tiltrække de svage ældre.

Næsten alle steder blev fællesspisningen annonceret i aviser og lokalblade. Nogle steder havde man endvidere forsøgt sig med personlig henvendelse og bedt hjemmeplejen, de forebyggende medarbejdere og visitatorerne om at fortælle om muligheden for fællesspisning, hvis de kom i kontakt med nogle, der kunne være interesserede. Erfaringen fra projekterne var, at den måde, de ældre havde fået kendskab til tilbuddet om fællesspisning, var ved at have hørt om det fra andre, og at budskabet på den måde var blevet spredt fra mund til mund.

Det var ikke et problem at få de ældre til at dukke op, hvis fællesspisningen var et større arrangement med musik eller foredrag og sådan "lidt et show", som en af de interviewede udtrykte det. Derimod oplevede de næsten alle de steder, hvor der var tilbud om at spise sammen i mindre grupper med jævne mellemrum, at det var svært at få de ældre til at deltage. Et enkelt sted kom det i gang efter et omfattende opsøgende arbejde fra den medarbejder, der var tilknyttet projektet. Andre steder kom aldrig i gang, fordi der ikke var nok, der var interesseret. Der var dog et enkelt projekt, hvor det lykkedes at tiltrække deltagere til tilbud om fællesspisning i mindre grupper. Det kan muligvis have hængt sammen med, at de ældre blev tilbudt transport til og fra fællesspisningen, hvilket også gjaldt for dem, der sad i kørestol. De ældre blev enten hentet af frivillige eller af stedets bus, hvis de sad i kørestol.

Flere steder udtrykte de interviewede forundring over, at det var svært at finde nogen, der gerne ville deltage i fællesspisning for mindre grupper. Især ét sted, hvor initiativet hang sammen med, at der forud var blevet lavet en brugerundersøgelse, som viste, at de ældre ønskede at spise sammen med andre. Et andet sted blev der også i en brugerundersøgelse spurgt om, hvorvidt de ældre havde lyst til at spise sammen med andre, og her viste undersøgelser, at det ikke var noget, de ældre var interesseret i. De mente det pågældende sted, at der ikke var tradition for at gå på café og spise, fordi de lå i en landkommune. Det lykkedes imidlertid i flere andre landkommuner at tiltrække ældre til fællesspisning.

Resultaterne fra de to brugerundersøgelser, sammenlignet med hvad der lykkedes at få til at fungere, kan tyde på, at fællesspisning er en betegnelse, som har mange betydninger. Det er muligt, at de ældre gav et positivt svar i en brugerundersøgelse, fordi de opfattede fællesspisning på en bestemt måde men så takkede nej, da de fik et tilbud om at spise sammen, fordi det ikke var på den måde, de havde lyst til at spise sammen med andre. At der er mange forskellige måder at forstå det at spise sammen på kan også ses i lyset af, at der var mange forskellige måder at organisere fællesspisning på.

Samarbejde med og rekruttering af frivillige

I nogle af de projekter, hvor de forsøgte at etablere fællesspisning, blev det gjort i samarbejde med frivillige. De frivillige blev både inddraget i forhold til fællesspisning som et større arrangement og i de mindre grupper, der mødtes for at spise sammen med jævne mellemrum. De frivillige stod typisk for det praktiske omkring måltidet, hvilket i et projekt indebar at lave

kaffe, dække bord og vaske op. I et andet projekt blev der lavet mad i fællesskab, og her var det primært de frivillige, der stod for selve madlavningen. Der blev i begge tilfælde planlagt et halvt år frem i tiden i forhold til, hvem der skulle komme hvornår, hvilket skete i samarbejde med det sted, hvor fællesspisningen foregik.

Det at få frivillige til at hjælpe til i forbindelse med fællesspisning var ikke lige nemt alle steder, og det var tilsyneladende lettest at få fat i frivillige i de tilfælde, hvor der blev taget kontakt til forskellige råd og foreninger i lokalområdet som eksempelvis ældre- og handicapråd, bruger- og pårørenderåd, menighedsråd osv. Derudover blev det også flere steder annonceret i dagblade og lokalaviser, om der var nogen, der kunne tænke sig at være frivillige i forbindelse med fællesspisning for ældre. Sidst blev det et enkelt sted nævnt, at den måde, de fik fat i de frivillige på, var ved, at det gik fra mund til mund, og flere af de frivillige kendte således hinanden i forvejen.

Gruppen af frivillige bestod, ifølge de interviewede, typisk af pensionister og efterlønnere. Et sted fortalte de, at en del af de frivillige var ældre, der tidligere havde arbejdet inden for hjemmeplejen. De var gået på pension eller efterløn, men ville stadig gerne have tilknytning til miljøet. Derudover var der også pårørende, der fungerede som frivillige i forhold til fællesspisning, og det blev nævnt, at det kunne være en god måde at komme på besøg, fordi man lavede noget sammen.

Det sidste, der er væsentligt at få med i denne sammenhæng, er i forhold til, hvad der skal til for at fastholde de frivillige. Et sted, hvor de havde succes med at få fat i frivillige, og hvor de frivillige stod for en stor del af arrangementet, lagde de vægt på, at det var nødvendigt at give de frivillige et stort råderum og frihed til at bestemme, hvordan det skulle fungere. De frivillige skulle med andre ord have lov til at tage styringen, hvilket dog ikke skulle forstås sådan, at de helt skulle overlades til sig selv. Det blev samtidig fremhævet, at det var vigtigt, at det pågældende sted også hjalp til og sørgede for at få fællesspisningen til at fungere og eksempelvis fik det ordnet med det samme, hvis der manglede tallerkener, eller hvis en ovn gik i stykker. For at fastholde de frivillige mente de det pågældende sted, at det var vigtigt at huske at sige tak for hjælpen til de frivillige, så de frivillige fik en fornemmelse af, at deres arbejde blev værdsat.

Barrierer

Der var primært i forhold til at få fællesspisning på café til at fungere, hvor der, ifølge de interviewede, var forskellige barrierer. Det blev ofte nævnt, at en barriere var i forhold til transport til og fra fællesspisningen. Det var et problem, der var særligt relevant i de landkommuner, hvor der ikke var muligheder for at bruge offentlig transport. Det var kun få af de steder, der tilbød fællesspisning, hvor der var mulighed for at blive hentet. At der de fleste steder ikke var tilbud om transport kan også have betydet, at der opstod en økonomisk barriere, idet de ældre, hvis de ønskede at deltage, var nødt til at tage taxa frem og tilbage. Så udover at betale for at deltage i fællesspisningen skulle de ældre selv betale for køreturen frem og tilbage

i taxa. Det kunne på den måde løbe op i mange penge for den enkelte ældre at deltage i fællesspisning. Transporten kan i forlængelse heraf i særlig grad have været en barriere i forhold til fællesspisning i mindre grupper, der mødtes med jævne mellemrum. Et sted havde de forsøgt at få de raske ældre til at hjælpe med transporten og spurgt, om de måske kunne tage én med, hvis de alligevel selv kørte, men det kom der ikke rigtig noget ud af.

I forhold til fællesspisning i mindre grupper blev det også nævnt, at det var et problem, hvis grupperne var for små, hvilket vil sige under fire deltagere, da grupperne i så fald blev sårbare i forhold til aflysninger og sygdom. Et sted, hvor de havde en spisegruppe på tre personer, oplevede de således, at en deltager blev syg, og så var der kun to tilbage, og derfor gik gruppen i opløsning.

En anden barriere, der blev fremhævet, var, at stedet, hvor caféen lå, tidligere havde været spisestue på plejecentret, og at de ældre måske synes, at så gamle var de alligevel ikke blevet endnu, at de havde lyst til at gå derhen for at spise. I forlængelse heraf blev det et par steder fremhævet, at rummet og indretningen kan have betydning for, at det var svært at få fællesspisning til at fungere. Det ene sted betegnede de deres café som et gennemgangsrum, da der hele tiden gik folk forbi. Det andet sted blev caféen betegnet som Fredericia Banegård, hvilket skyldes, at plejepersonalet skulle gennem caféen for at hente mad til afdelingerne i forbindelse med de forskellige måltider. Der var således meget larm og uro, fordi plejepersonalet kom og gik med rulleborde, og derudover var der også åbent ud til køkkenet, hvor opvaskemaskinen ofte kørte.

Forankring

I forhold til de steder, hvor der blev arbejdet med at etablere fællesspisning på plejecentre, gav de interviewede udtryk for, at der stadig er meget, der holder ved i dag. Et af de steder, hvor der var blevet gjort en indsats for at få skabt gode rammer for fællesspisning, fortalte køkkenlederen, at hun stadig med jævne mellemrum gik op på de enkelte afdelinger for at spise med og få indblik i, om plejepersonalet eksempelvis huskede at servere maden på fade. Erfaringerne fra projekterne tyder i denne sammenhæng på, at det tilsyneladende var nemmest at holde fast i vigtigheden af, at 'spisesituationen' blev gjort til et måltid i de projekter, hvor der var direkte kontakt mellem projektlederne og plejepersonalet.

Ved fællesspisning i café på et dagcenter var det, som nævnt, stort set alle steder en succes at lave større arrangementer med underholdning, og de kører fortsat alle i dag. Derudover var der også flere af de interviewede, der fortalte, at tilbuddet om fællesspisning i denne sammenhæng kunne være en indgang til dagcentrets andre tilbud. Der var eksempelvis nogle af de ældre, der efterfølgende var begyndt at træne eller gå til andre aktiviteter på dagcentret. Flere steder var erfaringen således, at fællesspisningen havde positive bivirkninger i form af et øget kendskab til det sted, hvor fællesspisningen var blevet afholdt. Der var dog et par enkelte steder, hvor de havde håbet at trække flere ældre til caféen for at spise deres middagsmad, hvor det ikke var lykkedes.

Andre projekter og nye initiativer

Fællesspisning var et af initiativerne i kostpolitikken på ældreområdet fra Københavns Kommune. Evalueringen viste, at langt hovedparten af deltagerne tilkendegav, at de kom til fællesspisning både for at spise og for at mødes med andre. Endvidere var en høj andel begyndt at ses med nogen, de havde mødt til fællesspisning i andre sammenhænge og var begyndt at deltage i andre aktiviteter, efter at de var begyndt til fællesspisning. Målet for den videre udrolning i 2006 er at etablere flere fællesspisningssteder. Endvidere bør lokalområderne iværksætte initiativer, herunder tilbud om midlertidig ledsagelse, målrettet hjemmeboende modtagere af madservice med henblik på at få flere til at melde sig til fællesspisningen. En takst for fællesspisning blev beregnet og udmeldt i 2006 (www.kk.dk)

Delkonklusion

Det at spise sammen med andre i en høj alder er tilsyneladende forbundet med en positiv oplevelse, og ældre bør derfor have mulighed for at indgå i et spisefællesskab på café i dagcenter og i hjemmeplejen.

Der er dog en række forhold ved måltidet på plejecentre, som bør tages i betragtning.

Eksempelvis er det ikke entydigt, hvorvidt det at spise alene er et ernæringsmæssigt problem.

Den ældres ønske bør derfor afgøre, hvorvidt vedkommende tilbydes et spisefællesskab, hvilket eksempelvis kan afdækkes gennem en "social visitation" af de ældre, hvor de ældres evne til og glæde ved at deltage i måltidet jævnligt tages op til vurdering. Første gang bør være ved indflytning på plejecenter eller ved visitation til madservice.

Der bør være mulighed for gæsteportioner i madservice og maden på plejecentre, da det kan bidrage til, at de ældre kan invitere deres familie/venner/bekendte og derigennem opretholde deres sociale netværk for plejecenterbeboerne.

Der kan med fordel trækkes på frivillige til at hjælpe med at organisere fællesspisning på café.

13. Der bør være fokus på spisemiljøet

Tema: Etablering af omgivelser der fremmer de sociale aspekter ved måltidet.

Der var 11 "Bedre mad til ældre projekter", der havde fokus på spisemiljøet. I dette afsnit vil der blive set på spisemiljø på plejecentre, hvad det betyder, når de ældre får mulighed for at opleve og dufte, at maden bliver lavet/varmet, samt de problemer der kan være i den forbindelse.

Del 1. Vidensopsamling

Litteratursøgning

En del studier har fokuseret på indretningen af spiselokalet. Elmståhl og medarbejdere (1987) har udført en af de første undersøgelser i denne sammenhæng, hvor spisestuen på en langtidsmedicinsk afdeling i Sverige blev indrettet således, at den lignede en spisestue. Rummets indretning blev ændret i forhold til møbler, lamper, tæpper, tapet, porcelæn og drikkeglas. Endvidere blev et stort u-formet spisebord skiftet ud med fire mindre ovale borde. Den traditionelle servering på hospitalsbakker med portionsanretning blev ændret til fadservering. Energiindtaget blandt de ældre steg væsentligt i de 16 uger, interventionen varede. En anden undersøgelse med hjemmeboende ældre, der fik serveret samme menu i to forskellige omgivelser (Gibbons & Henry 2005) viste lignende resultater.

I forhold til farver er det dokumenteret, at mørke farver i lokalet får mennesker til at slappe af og sandsynligvis spise langsommere, mens klare farver har en tendens til at få folk til at spise hurtigere (Stroebele & De Castro 2004). Et stærkt og klart lys har en lignende effekt, mens et dæmpet lys giver en afslappet atmosfære med en tendens til, at folk bruger længere tid på at spise (Lyman 1989). Der er dog ikke entydigt sandsynliggjort, at energiindtaget bliver større, og der findes p.t. ingen undersøgelser, der handler om ældre. Dæmpet lys kan i forhold til ældre være problematisk, da flere af de ældre på plejecentre har nedsat syn. Således vil dæmpning af lyset medføre, at de stort set ikke kan se, hvad der er på bordet.

I forhold til duften af mad er det sådan, at specielt hvis man er sulten, så er en duft af mad fremmende for appetitten. Desuden er specielle dufte væsentlige i forhold til at kalde minder frem om slægtninge og deres mad (Stroebele & De Castro 2004). To studier har endvidere sandsynliggjort, at mad serveret med forstærket smag har medvirket til at forøge energiindtaget blandt plejecenterbeboere, hvilket er relevant, da smags- og lugtesansen svækkes med alderen (Schiffman et al. 1997, Schiffman et al. 2000).

I forhold til ældre har en svensk undersøgelse dokumenteret, at demente på et plejecenter forøgede deres energiindtag, og at deres følelse af depression og angst blev formindsket, når der blev spillet musik. Endelig var der tegn på, at de dementes humør forandrede i positiv retning ved den bevidste brug af musik som en del af måltidet (Ragneskog

et al. 1996). Sidst skal madens udseende heller ikke underkendes. At maden anrettes på fade og gøres indbydende, må påvirke lysten til at spise i en positiv retning. Undersøgelser indikerer da også, at en indbydende anretning af maden, og at det, at man selv kan forsyne sig, øger indtaget (Deliza & MacFie 1996).

Afdeling for Ernærings undersøgelser

En spørgeskemaundersøgelse til køkkenerne på landets plejecentre viste, at mange plejecentre havde fokus på de aspekter i spisemiljøet, der påvirker beboernes energiindtag i positiv retning. Der var dog fortsat problemområder. Eksempelvis var det kun på en fjerdedel af plejecentrene, at bordene var dækket inden spisningen og kun på en tredjedel, at der ikke blev uddelt medicin under spisningen. Der foregik således mere end en ting ad gangen, hvilket kan være med til at skabe uro og virke forstyrrende for de ældre. Generelt var der ofte en livlig trafik af gående og kørestolsbrugere gennem spisesalen under måltiderne, ligesom der var en del støj fra selve spisningen. En konklusion var, at det ikke nytter meget, at køkken- og plejepersonalet gør deres yderste for at servere god mad og drikke, hvis spisningen foregår i uro og larm (Beck & Kofod 2003a). Spørgeskemaundersøgelsen fra 2006 viste, at afdelingerne på landets plejecentre i to-tredjedel af besvarelsene stod for dele af madlavningen. Omkring en femtedel svarede, at afdelingerne stod for al madlavningen.

Del 2. Forskellige projekter samt andre initiativer

"Bedre mad til ældre" projekterne

Spisemiljø på plejecentrene

I mange projekter blev der lagt vægt på at gøre noget ud af borddækning og at holde bordskik, men kun et enkelt sted valgte de at høre musik. Flere af de interviewede fortalte, at de mente, det var vigtigt, at der var ro under måltidet, hvilket blandt andet indebar, at der ikke blev hørt musik, og at opvaskemaskinen ikke blev sat i gang lige før eller under måltidet. Et andet tiltag, der blev iværksat, var at servere maden på fade frem for som tidligere, at plejepersonalet anrettede maden på tallerkener. Dette blev forsøgt stort set alle de steder, hvor der blev spist i fællesskab, og også her var der forskellige erfaringer. Der var enkelte steder, hvor maden blev serveret direkte fra de stålcontainere, som maden kom i fra køkkenet, men mange nævnte, at maden skulle serveres indbydende og anrettes på fade, og at det netop var vigtigt ikke bare at stille de store stålcontainere op på bordet. Et sted havde de lavet et separat fad til de ældre, der havde brug for det, hvor der var, hvad der svarede til en portion på fadet. Andre steder valgte de at lade plejepersonalet hjælpe de ældre med at tage mad fra fadet, hvis den ældre ikke kunne klare det selv. Der blev dog fra stort set alle steder nævnt, at det var vigtigt, at plejepersonalet hjalp til og guidede de ældre, når maden blev serveret på fade og i skåle, både

fordi de ældre måske ville tage alt, hvad der lå på fadet, og fordi flere af de ældre ikke selv kunne løfte fadet.

Et sted fortalte de interviewede, at serveringen af maden på fade og i skåle havde ført til mere snak ved bordet, og at det havde givet noget socialt. De oplevede, at det havde åbnet for mere samtale ved bordet, at de ældre nu ikke længere sad med hver deres tallerken med mad, og at de skulle bede om at få skålen med kartoflerne. Samtidig var der flere steder, hvor de oplevede, at servering på fade var med til at give de ældre nogle færdigheder tilbage, som var blevet glemt, fordi de havde fået maden serveret portionsanrettet på tallerknerne.

At få det til at dufte af mad

En måde at få det til at dufte af mad var ved, at plejepersonalet lavede maden på afdelingen. Der var forskellige måder at organisere madlavningen på afhængig af, om plejepersonalet stod for alt omkring madlavningen, eller om der blev leveret halvfabrikata fra et køkken. Der, hvor plejepersonalet stod for alt omkring madlavningen, stod de udover selve madlavningen også for menuplanlægning, indkøb og oprydning. De steder, hvor maden blev leveret som halvfabrikata, var det typisk kød og sovs, der blev leveret fra køkkenet, som så bare skulle varmes op. Stort set alle steder blev der skrællet kartofler og ordnet grøntsager på de enkelte afdelinger, som også blev kogt på afdelingerne. Et enkelt sted fik de dog leveret kartofler og grøntsager, der var skrællet og ordnet fra køkkenet, men som de selv skulle koge. De steder, hvor de fik maden leveret som halvfabrikata, lagde de vægt på, at køkkenet på den måde var garant for, at maden indeholdt de vitaminer og mineraler, som de ældre skulle have, og at der var den rigtige caloriesammensætning. Det blev af de interviewede betragtet som et sikkerhedsnet at få maden leveret som halvfabrikata, hvilket også blev fremhævet i forhold til de ældre, der skulle have en særlig diæt. Derudover blev det fremhævet, at afdelingen kom til at dufte af mad, uden at plejepersonalet samtidig skulle bruge mange ressourcer på planlægning, indkøb og madlavning. I forhold til leve- og bomiljøer var erfaringen fra projekterne desuden, at leveringen af maden fra et køkken gav plejepersonalet tid til at inddrage de ældre i andre aktiviteter omkring måltidet som f.eks. at skrælle kartofler eller dække bord samt have tid til at hygge sammen.

Når plejepersonalet laver mad

De steder – oftest i leve- og bomiljøer - hvor de havde valgt at lade plejepersonalet stå for alt fra planlægning til indkøb til madlavning og oprydning, eksisterede der forskellige problemstillinger. Flere steder blev det eksempelvis fremhævet, at plejepersonalet ikke er uddannet til at lave mad, men at de med deres plejefaglige baggrund er uddannet til at tage sig af plejefaglige opgaver som at få folk vasket, holde øje med tryksår osv. Samtidig var der andre steder, hvor holdningen blandt de interviewede var, at plejepersonalets husmoderlige erfaring rustede dem til at varetage opgaven med at lave mad. Et af de steder, hvor det var plejepersonalet, der stod for madlavningen, og hvor der også blev taget udgangspunkt i, at alle havde erfaring med at

lave mad, fortalte den interviewede: "Vores tanke var, at de fleste har en familie derhjemme, der overlever på den kost, de serverer for dem". En række steder blev der dog givet udtryk for bekymring omkring den opfattelse, at mad er noget, alle kan lave. Et sted fortalte de interviewede således om plejepersonalet: "De havde jo hørt, at vi skulle være tynde og slanke". I den forbindelse kan nævnes et sted, hvor to af medarbejderne for nylig havde været på et kursus arrangeret af køkkenet. De var så kommet hjem med den besked, at nu kunne de godt fjerne alt det fedtfattige pålæg fra køleskabet og begynde at købe sødmælk frem for letmælk, og som der blev sagt: "Her gik vi og troede, at vi gjorde det så godt ... jeg blev da lidt rystet, da jeg kom til at tænke over det, men vi arbejder stadig på det, for det er ikke noget, man lige gør, men vi har fået sødmælk". Generelt var holdningen blandt de interviewede, at plejepersonalet selvfølgelig gerne vil gøre deres arbejde så godt som muligt, men at det kan være svært at lave ernæringsrigtig mad, når man ikke har en kost- eller ernæringsfaglig baggrund.

Duften af mad vs. den rette ernæring

Erfaringerne fra projekterne viser, at det ikke kun er de steder, hvor det udelukkende er plejepersonalet, der står for al madlavningen, at de kan have behov for ernæringsfaglig ekspertise. På de plejecentre, hvor plejepersonalet får maden leveret som halvfabrikata, er der således heller ikke noget personale til at holde øje med de ældres ernæringstilstand. Flere steder blev der i forlængelse heraf fortalt, at de mente, det var vigtigt at holde fast i, at pleje- og køkkenpersonale har forskellige faglige kompetencer. Der er forskellige mulige løsninger på de problematikker, der opstår som følge af, at plejepersonalet i større eller mindre omfang har ansvar for at lave en ernæringsrigtig kost og/eller holde øje med de ældres ernæringstilstand. For det første er det en mulighed at undervise plejepersonalet i ernæringsfaglig viden, og for det andet er det en mulighed at ansætte/tilknytte køkkenmedarbejdere.⁶

Barrierer

Det blev flere gange nævnt, at det var problematisk at servere maden på fade, idet nogle af de ældre blot ville tage alt, hvad der lå på fadet, hvis det blev sendt rundt. På nogle plejecentre var det årsagen til, at de ikke længere serverede maden på fade og i skåle. En anden barriere i forhold til at servere maden på fade var, at det tog længere tid, når beboerne blev inddraget. Det er derfor sandsynligt, at det vil være svært for plejepersonalet både at have tid til at planlægge, købe ind og lave maden og til at inddrage beboerne i madlavningen. Derudover blev der i denne sammenhæng også henvist til, at der var nogle holdningsbarrierer, der skulle overvindes hos plejepersonalet. Det vil sige, at plejepersonalet skulle lære at tage sig tid til at guide de ældre i forhold til at få maden serveret på fade og f.eks. bruge tid på at spørge de ældre, hvilket pålæg de kunne tænke sig at få på deres rugbrød.

⁶ Se "Alle personalegruppers viden om de ældres ernæring bør styrkes" og "Der bør tænkes i tværfagligt samarbejde og samarbejde mellem sektorerne".

Nogle af de interviewede lagde vægt på, at det, at plejepersonalet har erfaring med at lave mad hjemme hos dem selv, ikke nødvendigvis betyder, at de har viden om, hvordan man sammensætter en ernæringsrigtig kost til ældre. Derudover er der også en risiko for, at plejepersonalet tager deres egne kostvaner (og slankekur) med på arbejde. Der er i dag fokus på, at kosten skal være fedtfattig, og det er et problem, hvis plejepersonalet tager det med sig på arbejde, da det ikke er den kost, de fleste af de ældre har behov for.

Forankring

Mange steder blev det forsøgt at skabe en hjemlig atmosfære i forbindelse med måltidet, og i den forbindelse var det ofte plejepersonalet, der lavede dele af eller al maden, hvilket særligt gjorde sig gældende i leve- og bomiljøerne. Erfaringerne fra projekterne viste i den forbindelse, at det tilsyneladende fungerede bedst de steder, hvor der blev anvendt halvfabrikata fra et køkken. Endvidere viste det sig også at være en god idé at have en kostfaglig person tilknyttet for at hjælpe med at planlægge madlavningen, lave næringsberegning, dokumentere at maden fulgte de officielle anbefalinger m.v. Særlig i leve- og bomiljøerne var duften af mad kommet tættere på, men samtidig tydede det dog på, at køkkenpersonalet i flere tilfælde var kommet længere væk.

Delkonklusion

Dufte og lyde omkring måltidet er aspekter, der ikke bør ses bort fra, når det handler om at skabe en positiv atmosfære omkring måltiderne. Der bør tænkes i en hjemlig indretning af spiselokalet, idet det sandsynligvis vil fremme de ældres lyst til at spise. Ligeledes bør der være fokus på opdækning og fadservering, idet begge dele er med til at signalere, at måltidet er en situation, hvor der spises. Det synes særligt at kunne hjælpe de demente til at spise. I traditionelle spisesale på plejecentre kan det være vanskeligt at skabe en hjemlig atmosfære på grund af lokalernes størrelse. I disse store lokaler bør skillevægge og større planter eksempelvis inddrages til at skabe hjemlige "rum" omkring de spisende, hvor disse kan sættes i mindre grupper. Størrelsen af spisekøkkenerne i leve- og bomiljøerne og den indretning, der er observeret, stemmer godt overens med en hjemlig indretning.

De steder hvor plejepersonalet laver dele af eller al maden bør der være tilknyttet en person med kostfaglig ekspertise, for at hjælpe med at planlægge maden, lave næringsberegning, dokumentere at maden følger de officielle anbefalinger m.v. Endvidere bør samarbejdet mellem køkkenpersonale og plejepersonale sikres ved, at det lægges i faste rammer.

14. Der bør være fokus på plejepersonalets rolle omkring måltidet

Tema: Etablering af omgivelser, der fremmer de sociale aspekter ved måltidet

Der var 4 "Bedre mad til ældre" projekter, der havde fokus på plejepersonalets viden om måltidets sociale aspekter. I dette afsnit vil der blive set på betydningen af plejepersonalets rolle i forbindelse med måltidet på plejecentrene.

Del 1 Vidensopsamling

Litteratursøgning

Mathey ændrede i en undersøgelse på et hollandsk plejecenter en hel række forhold i spisemiljøet (Mathey et al. 2001). Det iøjnefaldende nye i denne undersøgelse var et fokus på personalets rolle. Personalet blev nøje instrueret i, hvordan de skulle agere omkring måltidet, der blev ændret på indretningen i forhold til opdækning, spillet musik, og beboerne blev ikke forstyrret, mens de spiste. Maden blev serveret på tallerkner, alle spiste samtidig, og plejepersonalet var behjælpelige undervejs. Endvidere var der et personale pr. to beboere til alle måltiderne. Forskellen i forhold til tidligere undersøgelser var personalets markante tilstedeværelse, musikken, afskærmning af måltidet i forhold til forstyrrelser, og at denne intervention varede et år. Effekten var både forøget energiindtag og forøget vægt med forbedret almen helbredtstilstand for beboerne til følge (Mathey et al. 2001).

Sidenvall og medarbejdere (1994) påpegede, at personalets rolle handlede om andet og mere end blot at holde orden og kontrol ved måltidet. Sidenvall har publiceret en række undersøgelser, hvor hovedfokus bl.a. var behovet for afskærmning af enkeltpersoner. Det vil sige at tage hensyn til, at andre ældre omkring bordet ikke mistede appetitten, fordi der var én, der ikke spiste pænt. Ældre, der spiser grimt, fejlsynker og lignende, er ofte selv klar over dette. Der er således to hensyn, der bør tages: Dels et til de omkringspisende og dels et til den ældre, der spiser grimt. Tillige dokumenterede en af Sidenvalls undersøgelser, at personalet bør være opmærksomme på ældre med fysiske handicap, der vanskeliggør deres spisning (f.eks. lammelse af den ene side af kroppen). Disse havde et markant ønske om at opretholde evnen til at spise selv. Sidenvall konkluderede i undersøgelsen, at personalet ikke var tilstrækkeligt opmærksomme på dette, da disse ældre havde ringere ernæringstilstand end de øvrige deltagere (Sidenvall et al. 1996).

Ældre, der nyligt har mistet væsentlige dele af deres fysiske spisekompetencer, oplever det som en nedvurdering, når personalet påtager sig opgaven med at 'genopdrage' dem i forhold til gode bordmanerer, som de fysisk har svært ved at honorere. Sidenvall påpegede,

hvordan ældre, som oplevede, at de ikke spiste pænt, følte skam ved ikke at være i stand til at opfylde kravene til ordentlige bordmanerer. Det opleves som tab af identitet ikke længere at mestre disse færdigheder. Dette kan medføre, at de søger at begrænse den tid, hvori deres dårlige manerer bliver udstillet, ved at spise meget lidt (Sidenvall 1999).

Endelig har undersøgelser – ganske vist blandt andre aldersgrupper (Goldman 1991) – indikeret at, hvis medspisende spiste relativt lidt, så blev denne handling spejlet af de andre deltagere i måltidet. Demens har blandt andet den effekt, at ældre, der lider af denne sygdom, spejler andres adfærd. Derfor var disse studier med til at tydeliggøre betydningen af personalets medspisning, selv om de omhandlede en anden aldersgruppe.

Interessant er også en undersøgelse, der har vist, at oplevelsen af stedet skabte forventninger om madens kvalitet, smag og udseende (Deliza & MacFie 1996). Selv om undersøgelsen handlede om restauranter, så danner opfattelsen af plejecenteret en række forventninger til maden. Dette peger igen på personalet og deres evne til at bryde disse forestillinger.

Afdeling for Ernærings undersøgelser

Undersøgelser har vist, at det sociale samvær under måltidet krævede særlig opmærksomhed fra plejepersonalets side. Det var særlig tydeligt i små grupper i f.eks. leve- og bomiljøer, hvor beboerne ikke brød sig om det sociale samvær med andre (Beck & Kofod 2003b). Mange konflikter i forhold til måltidet kunne løses tidligt, hvis personalet havde den fornødne opmærksomhed på betydningen af de sociale aspekter (Kofod 2000).

En spørgeskemaundersøgelse til køkkenerne på landets plejecentre viste, at muligheden for hjælp under måltidet var meget begrænset, idet der ofte kun var to personer til stede til at hjælpe samtlige beboere, inkl. dem der skulle hjælpes med at spise (Beck & Kofod 2003a).

I forhold til de ældre, der ikke spiste pænt, er betydningen af mad og drikke, der var let at tygge og synke for ældre plejecenterbeboere, undersøgt set i forhold til energiindtagelsen og oplevelsen af måltidet. Resultaterne viste, at der var væsentlig færre af de ældre, der hostede og færre fejlsynkninger. Desuden blev energiindtaget forøget (Beck & Kofod 2003b).

Del 2. Forskellige projekter samt andre initiativer

"Bedre mad til ældre" projekterne

Plejepersonalets rolle omkring måltidet på plejecentre

Der blev i flere projekter arbejdet med at styrke plejepersonalets rolle omkring måltiderne på plejecentrene. I den forbindelse blev der lagt vægt på, at plejepersonalet skulle sørge for at skabe gode rammer for måltidet. Det vil sige, at de skulle sørge for, at der var tid og ro til måltidet, og at der ikke foregik andet under selve måltidet som eksempelvis rengøring, uddeling

af medicin, eller at opvaskemaskinen blev sat i gang og kørte under måltidet. Plejepersonalet skulle også sørge for at etablere gode rammer for måltidet ved at dække pænt bord og sørge for, at der var blomster og stearinlys på bordet. Det blev også nævnt, at det var vigtigt, at plejepersonalet sørgede for at anrette maden på fad og ikke bare stillede de stålcontainere, der kom fra køkkenet, op på bordet. Derudover skulle plejepersonalet også lave bordplan i forbindelse med måltidet og sørge for at tage hensyn til, hvilke ældre der kunne have noget tilfælles og have glæde af at snakke med hinanden. I den forbindelse skulle der dog først og fremmest tages højde for, om de ældre ønskede at spise sammen med andre.

Udover at skabe gode rammer for måltidet blev der i projekterne også arbejdet med, hvordan plejepersonalets rolle skulle udforme sig i forbindelse med selve måltidet. Stort set alle steder blev der lagt vægt på, at en eller flere medarbejdere satte sig ned og var nærværende i forbindelse med måltidet. Det vil sige, at plejepersonalet skulle blive siddende under hele måltidet og ikke gå frem og tilbage og ordne forskellige praktiske ting, som eksempelvis opvask, vasketøj, rengøring osv. Flere steder blev der også lagt op til, at det plejepersonale, der ikke sad ved bordet, havde ansvaret for eksempelvis at tage telefonen, hvis den ringede.

Vigtigheden af, at plejepersonalet satte sig ned og deltog i måltidet, blev påpeget flere steder. Et sted fortalte de interviewede, at plejepersonalet tidligere havde stået ved siden af bordet og ventet på, at de ældre skulle blive færdige med at spise, så de kunne følge de ældre tilbage på deres værelser. I den sammenhæng blev det fremhævet, at de i projektet havde arbejdet med, hvilke signaler plejepersonalet sendte i forbindelse med måltidet. Målet var, at plejepersonalet i deres adfærd sendte signaler, der viste, at der var ro til, at de ældre kunne nyde deres mad og bruge den tid, de havde behov for i forbindelse med måltidet.

Flere steder blev plejepersonalets rolle ved bordet beskrevet som en værtinderolle, der indebar, at de skulle sørge for, at fadene blev sendt rundt samt holde øje med, om alle ved bordet havde, hvad de skulle bruge. Det blev også alle steder fremhævet, at plejepersonalet skulle sørge for at sætte samtalen i gang, og at de skulle fungere som mæglere, hvis der var nogle af de ældre, der blev uenige. Det blev endvidere nævnt, at plejepersonalet, når de sad ved bordet, ikke måtte snakke hen over hovedet på beboerne, men at de skulle sørge for at inddrage de ældre i samtalen. Som eksempel kan nævnes et sted, hvor de havde oplevet, hvordan det, at plejepersonalet snakkede hen over hovedet på beboerne ved bordet, betød, at en af de ældre blev så frustreret, at han rejste sig og gik. Det blev også nævnt flere steder, at plejepersonalet skulle hjælpe med at sende fadene rundt. Det vil sige, at de skulle hjælpe, hvor det kneb med at holde fadet eller at finde ud af, hvor meget mad der skulle øses op.

Afskærmning af de ældre

Der var forskellige praksisser omkring, hvad plejepersonalet gjorde, hvis en af de ældre havde svært ved at spise pænt f.eks. pga. tygge- og synkeproblemer eller var urolig ved bordet. Nogle steder valgte plejepersonalet at afskærme de ældre fra de andre beboere under måltidet. Det blev eksempelvis gjort ved, at plejepersonalet satte sig hen til et andet bord i nærheden med

den ældre, der havde problemer, eller ved at den ældre spiste inde hos sig selv, enten alene eller sammen med et personale. En tredje mulighed var, at en fra plejepersonalet satte sig ved siden af den ældre, så han/hun kunne få den hjælp, vedkommende havde brug for under måltidet. Et sted fortalte de, at dette specielt var relevant i forhold til demente ældre, der kunne have behov for at spejle sig selv i andre i forbindelse med måltidet f.eks. i forhold til at spise med kniv og gaffel.

Andre steder var plejepersonalet mere tilbageholdende med at afskærme enkelte ældre, hvilket de interviewede forklarede med, at det bl.a. handlede om de ældres værdighed, og at de syntes, det var at udstille de ældre at placere dem ved et andet bord. En af de interviewede fortalte, at det kom an på, hvorfor den ældre ikke spiste pænt og fortalte, at de havde en ældre dame, som ikke kunne bruge sin protese. Denne kvinde havde derfor svært ved at spise pænt, hvilket de ikke kunne gøre noget ved, og derfor havde de valgt at lade den ældre dame blive siddende ved bordet. Desuden var der nogle af de interviewede, der mente, at de ældre hurtigt vænnede sig til, hvis der var en, der ikke spiste pænt, eller at de ældre måske var så optaget af deres egen tallerken, at de ikke lagde mærke til, hvis der var andre, der ikke spiste pænt. Der blev i denne sammenhæng også henvist til, at beslutningen om at flytte den, der ikke spiste pænt fra det fælles bord, var en opvejning, der blev foretaget med udgangspunkt i den ældres behov for det sociale samvær, og hvilken glæde den, der f.eks. ikke kunne tygge, havde af at komme ud og være sammen med andre. Det vil sige, om det opvejede de gener, der var for de andre ved bordet.

Det pædagogiske måltid

I mange af de projekter, der arbejdede med plejepersonalets rolle i forbindelse med måltidet, var der fokus på betydningen af, at plejepersonalet spiste med. Der var dog et sted, hvor de, frem for at plejepersonalet skulle spise med, lagde vægt på plejepersonalets nærvær i situationen. De steder, hvor plejepersonalet spiste med, var det deres oplevelse, at det var nødvendigt, at plejepersonalet spiste et pædagogisk måltid for at etablere spisesituationen som et reelt måltid. Hvis ikke plejepersonalet spiste med, var erfaringen, at de ældre brugte meget tid på, hvorfor plejepersonalet ikke skulle have noget at spise og eksempelvis kunne spørge: "Nå skal du ikke have noget, skal jeg så sidde og spise det hele?". Nogle steder havde de forsøgt at få plejepersonalet til at spise deres madpakker i forbindelse med måltidet. Projektet viste imidlertid, at de ældre i flere tilfælde hellere ville have det, som plejepersonalet spiste.

Det blev af de interviewede fremhævet, at det at spise et pædagogisk måltid ikke var ensbetydende med, at plejepersonalet skulle spise en hel portion. Desuden blev det nævnt, at plejepersonalet sjældent havde tid til at sidde og spise et helt måltid, da de jo var på arbejde og skulle hjælpe de ældre. Mange steder blev det således fortalt, at plejepersonalet måske højst spiste en kartoffel og en enkelt frikadelle, og at plejepersonalet spiste med for at signalere, at det var et måltid, og ikke for at spise sig mætte.

Måltidet som en betydningsfuld arbejdsopgave

Stort set alle de steder, hvor de arbejdede med plejepersonalets rolle, fortalte de, at det var vigtigt, at der var en klar ansvars- og opgavefordeling omkring måltidet. Det vil sige, at der blev aftalt, hvem der skulle blive siddende under hele måltidet og tage sig af det, og hvem der skulle rejse sig, hvis der manglede noget ved bordet, hvis telefonen ringede, eller hvis der var en sengeliggende ældre, der havde behov for hjælp. Erfaringen fra projekterne var, at hvis der ikke på forhånd blev aftalt, hvem der skulle sidde med til bords, så endte det med, at plejepersonalet alligevel ikke blev siddende under hele måltidet.

En af de interviewede forklarede, at det var nødvendigt med en klar ansvarsfordeling for at gøre det legalt for plejepersonalet at blive siddende under hele måltidet og tage sig af de opgaver, der knytter sig hertil. Hun fortalte, at det ellers var nemt at få dårlig samvittighed over bare at blive siddende, mens det andet plejepersonale rendte frem og tilbage. Det var desuden vigtigt, at plejepersonalet hele tiden huskede hinanden på, at det var i orden, at den, der sad ved bordet, ikke skulle rejse sig, og at det også var en arbejdsopgave at blive siddende ved bordet og holde styr på måltidet. Det skyldtes ifølge en af de interviewede, at "det er nyt for mange at tænke, at hvis jeg sidder med ved et måltid, så er jeg faktisk på arbejde, jeg skal gøre mig nogle overvejelser i forhold til, hvordan bliver det her et godt måltid". Det blev også flere steder nævnt, at plejepersonale måske ikke så arbejdsopgaverne omkring måltidet som noget, de skulle tage sig af, fordi de er uddannet til primært at tage sig af plejefaglige opgaver.

I den forbindelse blev der af de interviewede gjort opmærksom på, at ledelsen skulle signalere, at det var legalt for plejepersonalet at blive siddende ved bordet, og at det var en relevant og betydningsfuld arbejdsopgave. I et projekt blev det på politisk niveau gennem kommunens kostpolitik tydeliggjort, at det var plejepersonalets ansvar, at måltidet blev en god oplevelse. I kostpolitikken stod der konkret, at én til to medarbejdere skulle deltage i måltidet, og at de skulle blive siddende under hele måltidet. Derudover stod der også, at plejepersonalet skulle sørge for, at der var ro og tid omkring måltidet, og at der blev etableret nogle gode rammer for måltidet ved f.eks. at dække pænt bord.

Barrierer

Hos plejepersonalet var der ifølge de interviewede en modvilje mod at bruge lang tid på arbejdsopgaver i forbindelse med måltidet. Plejepersonalets holdning var ifølge de interviewede, at det tog for lang tid at servere maden på fade og spørge de ældre, hvad og hvor meget de kunne tænke sig at spise, og at det var for besværligt, fordi nogle af de ældre ville tage alt, hvad der lå på fadet, hvis det stod foran dem. Fordi der tit var travlt, så var det både nemmere og hurtigere, hvis plejepersonalet tog over og eksempelvis serverede maden portionsanrettet på tallerkner. Der blev i den forbindelse givet udtryk for, at det var nødvendigt med en holdningsændring hos plejepersonalet for at få dem til at tage sig den ekstra tid, det tager at servere maden på fade og at spørge de ældre, hvad de kunne tænke sig at spise. Samtidig blev det også nævnt, at plejepersonalet var uddannet til at hjælpe og på samme tid

være effektive og "få noget fra hånden". Derfor oplevede plejepersonalet ifølge de interviewede det som meget svært "at sætte sig på hænderne" og lade de ældre gøre nogle ting selv. En af dem, der blev interviewet, fortalte også: "... det er svært, når du ser en gammel dame på 93, der dårligt nok kan flytte benene, og hun kommer med rollatoren,men hun kan selvfølgelig stadig nogle ting".

En anden barriere, der blev nævnt flere steder, var i forhold til det økonomiske aspekt omkring det pædagogiske måltid. Holdningen blandt de interviewede var dog, at det ikke behøvede at være en stor økonomisk udskrivning at indføre et pædagogisk måltid, idet plejepersonalet ikke spiste særligt meget.

Endelig kan manglende viden og manglende samarbejde med køkkenet være barrierer i forhold til at hjælpe de ældre, der ikke spiste pænt. Ofte vil årsagen være, at de ældre ikke får den mad, der passer til deres tygge- og synkeevne, eller at de ikke har de rigtige spisehjælpemidler.

Forankring

Langt de fleste steder, hvor de arbejdede med personalets rolle i forbindelse med måltidet, var det noget, der stadig blev lagt vægt på. Der var dog et enkelt sted, hvor de endnu ikke havde fået deres overvejelser fuldt implementeret og oplevede det som meget svært at holde plejepersonalet fast på at tage sig tid til at sørge for, at måltidet fungerede. Dette var i et stort kommunalt projekt, hvor der var sat mange forskellige aktiviteter i gang. Set i lyset af projekterne virkede det til, at det var nemmere at fastholde hinanden i vigtigheden af at gøre noget særligt ud af måltidet, når beslutningen herom foregik tæt på plejepersonalet.

Nye projekter og andre initiativer

I forbindelse med arbejdet med projektet "Fremtidens kost til ældre" opstod ideen med måltidspiloter (Beck & Kofod 2003b). Tanken med måltidspiloterne var, at de skulle sørge for at varte op med mad, som når man holder fest derhjemme, ligesom piloten skulle blive siddende med "lim i rumpen" under hele måltidet. Samtidig skulle måltidspiloten sørge for at hindre unødige forstyrrelser under måltidet. Et besøg i 2006 på et af de plejecentre, der dengang greb ideen, viste, at initiativet stadig eksisterer og er blevet udbredt til hele plejecentret.⁷

Projektet "Snak-Pak" er støttet af Sundhedsstyrelsens pulje "Bedre mad til syge". I projektet fik deltagerne i dårlig ernæringstilstand tilbudt daglige besøg af projektsygeplejersken med dertil hørende udlevering af små pakker med nærende lækkerier (f.eks. en energidrik, et marcipanbrød, lidt frugt, et par ostestænger, kiks og en isdessert). Som titlen på projektet

⁷ Besøget er foretaget som en del af Sara Louise Drud og Mette Bjerregårds professionsbacheloropgave i human ernæring (juni 2006).

antyder, skulle der både spises og snakkes om mad, når der blev disket op. Udover at øge indtagelsen af energi så viste resultaterne i 2005 bl.a., at alle deltagerne betragtede indsatsen som værende af stor betydning både for helbred og velvære, hvilket ofte var begrundet i den daglige kontakt med projektsygeplejersken (www.sundudvikling.dk).

Delkonklusion

Plejepersonalet på plejecentre bør sørge for at skabe gode rammer, at der er tid og ro under måltidet. De bør endvidere være nærværende og blive siddende under hele måltidet samt spise et pædagogisk måltid. Det hænger sammen med, at plejepersonalet har en væsentlig rolle både i forhold til, at de ældre spiser tilstrækkeligt og i forhold til at sikre, at de ældre får maden på en måde, der muliggør opretholdelse af identitet og selvrespekt. På plejecentre bør der være så meget plejepersonale til stede ved måltiderne, at de ældre, der har behov for hjælp, kan få det. Specifikt i forhold til afskærmningen af nogle ældre bør plejepersonalet undersøge, om de ældres spiseproblemer kan afhjælpes med f.eks. Tygge-synkevenlig kost. Når der er tale om småtspisende ældre tyder, meget på, at der også bør være fokus på plejepersonalets rolle ved mellemmåltiderne.

Der bør endvidere laves en klar ansvars- og opgavefordeling omkring måltidet, og det bør være klart for plejepersonalet, hvem der skal blive siddende ved måltidet, og hvem der skal sørge for at tage sig af andre ting. Ledelsen bør også tydeliggøre, at opgaverne omkring måltidet er væsentlige og betydningsfulde arbejdsopgaver på linie med plejepersonalets andre arbejdsopgaver. Samtidig bør plejepersonalets viden om betydningen af det sociale aspekt af måltidet styrkes.

Selvom der primært har været fokus på plejecentre i forbindelse med plejepersonalets rolle omkring måltidet, så bør konklusionerne overføres til gavn for de ældre, der er i hjemmepleje.

15. Deltagelse i madlavningen bør bruges til at vedligeholde færdigheder

Tema: Etablering af omgivelser, der fremmer de sociale aspekter ved måltidet

Der var 5 "Bedre mad til ældre" projekter, der havde fokus på at inddrage de ældre i madlavningen på plejecentre. I dette afsnit vil der blive set på, hvordan de ældre blev inddraget i aktiviteter omkring madlavningen på madlavningshold, i hjemmeplejen og på plejecentre.

Del 1. Vidensopsamling

Litteratursøgning

Sidenvall (2001) har påpeget vigtigheden af at opretholde færdigheder i forhold til tilberedning af mad. Tilberedning af mad hører med til at være en hel person, og det har væsentlige implikationer identitetsmæssigt, da tilberedning af mad er en måde at udtrykke identitet på. Bundgaard & Christensen skriver på samme måde (1999), at "vi bruger nemlig maden til at fortælle os selv og andre, hvem vi er. Den fungerer ligesom andre forbrugsvarer som en slags identitetsarbejde, det vil sige som social og kulturel udtryksform". Selvom ældre, der visiteres til madservice har et behov, kan dette have konsekvenser identitetsmæssigt. At blive visiteret til madservice kan således være med til at bremse dette identitetsarbejde – eller helt stoppe det. Tilberedning af mad er ligeledes en del af dagens indhold for mange hjemmeboende ældre. Visitation til madservice kan med andre ord tømme deres dagligdag for noget af det meningsfulde indhold.

Afdeling for Ernærings undersøgelser

En undersøgelse har sandsynliggjort, at medspisning af professionelle ikke var et alternativ til en nuanceret visitation. En række hjemmeboende ældre ønskede ikke "betalt samvær" i spisesituationen. Dette resultat indikerer dels en privathed i spisesituation og dels at tilbud om hjælp til opretholdelse af kompetencer bør fremsættes yderst diplomatisk (Findling-Nielsen 2003). En spørgeskemaundersøgelse blandt køkkenerne på landets plejecentre har fundet, at beboernes aktive involvering i måltidet var begrænset - og at beboerne slet ikke blev involveret på ca. en fjerdedel af plejecentrene - ofte med den bemærkning, at de var for dårligt fungerende (Beck & Kofod 2003a). Spørgeskemaundersøgelsen (se fodnote 3) gennemført i 2006 viste tilsvarende, at det var en meget lille andel af de ældre, der var involveret i madlavningen.

Del 2. Forskellige projekter samt andre initiativer

"Bedre mad til ældre" projekterne

Madlavningshold i café på dagcenter

En måde for de ældre at vedligeholde deres færdigheder i relation til madlavning kan være ved at deltage på et madlavningshold. I forbindelse med flere projekter blev madlavningshold udbudt som aktivitet på dagscentre. De madlavningshold, der blev etableret, havde overordnet to forskellige formål. Der var dels hold med et socialt sigte og dels hold med et fagligt sigte. På de hold, der havde et fagligt sigte, kunne de ældre eksempelvis lære at lave Diabetesdiæt eller at lave sund og fedtfattig mad. På de hold, hvor der var et socialt sigte, var formålet at mødes for at lave mad og spise sammen i fællesskab, og i den forbindelse handlede det mest om lyst til at være sammen med andre. Der var dog også hold, hvor formålet var, at de ældre kunne lære at lave mad, og som primært henvendte sig til ældre mænd.

Madlavningsholdet mødtes enten hver eller hver anden uge, og alle holdene mødtes om formiddagen og lavede middagsmad sammen undtaget et enkelt hold, der mødtes om eftermiddagen og lavede aftensmad sammen. Til alle hold var der tilknyttet en medarbejder, der fungerede som tovholder og "praktisk gris", og som underviste på holdene, ofte med et fagligt sigte. Det blev de fleste steder fremhævet, at det var vigtigt, at personalet "lod hænderne være i lommerne". I forlængelse heraf var det flere steder de ældre selv, der stod for alt fra planlægning og indkøb til oprydning. Der var dog enkelte steder, hvor medarbejderen havde købt ind eller lagt en plan for, hvilken ret der skulle laves. På alle holdene blev der købt ind i forvejen, enten af den medarbejder der var tilknyttet holdet eller af deltagerne selv. De fleste steder startede de med at sætte sig ned for at drikke en kop kaffe og i fællesskab planlægge, hvad de skulle have at spise næste gang, og hvem der skulle købe ind. De fleste steder blev det fortalt, at dagens opskrift som regel også blev gennemgået, inden selve madlavningen startede. Et sted blev det også fremhævet, at det var vigtigt at få aftalt, hvem der skulle lave hvad, så der ikke opstod forvirring undervejs.

Det blev flere steder nævnt, at det var vigtigt at tale om indkøb på madlavningsholdene, fordi mange af de ældre havde svært ved at læse og forstå varedeklarerationer. Derudover var der også mange af de ældre, der havde svært ved at overskue de mange forskellige varer, der findes i et supermarked, hvor der desuden kan være mange varianter af den enkelte vare. En anden erfaring fra madlavningsholdene var, at der med fordel kunne tages højde for, hvordan de ældre kunne gøre det lettere og mere overskueligt for sig selv at lave mad. For det første kunne der eksempelvis arbejdes med halvfabrikata i madlavningen for på den måde at gøre det nemmere for de ældre mænd at komme i gang med madlavningen, og for de ældre kvinder at gøre det lettere for sig selv at blive ved med at lave mad. For det andet havde de også et sted snakket med de ældre om, hvorfra det var muligt at få bragt varer ud, eller hvilke hjælpemidler der kunne være gode, hvis man eksempelvis havde gigt i fingrene og havde svært ved at åbne emballage.

15. Deltagelse i madlavningen bør bruges til at vedligeholde færdigheder

Det var typisk den medarbejder, der var tilknyttet madlavningsholdene, der sammensatte holdene. Erfaringen fra projekterne var, at det var vigtigt, at grupperne ikke blev for små, da det gjorde holdene sårbare i forhold til aflysning og sygdom. Samtidig blev der også nævnt, at madlavningsholdene ikke måtte være for store. Det skyldtes dels, at der skulle være tid til, at medarbejderen kunne hjælpe alle på holdet, og dels at køkkenerne ikke havde plads til flere deltagere. Et sted, hvor der blev oprettet mange hold, blev der taget hensyn til deltagernes alder ved sammensætningen af holdene. Andre steder blev det forsøgt at tage hensyn til, hvem der kunne have glæde af at snakke sammen, og hvem der havde noget tilfælles.

Målgrupperne for madlavningsholdene var ligeså forskellige, som formålene med holdene var, hvilket vil sige, at holdene både var rettet mod ældre, der gerne ville tage sig selv i agt, lære at lave almindelig mad og Diabetesdiæt, samt ældre der bare gerne ville mødes for at hygge sig og spise med andre. Fælles for dem alle var dog, at tilbuddet om at komme og lave mad var rettet mod de hjemmeboende ældre. Der var derudover et enkelt projekt, der havde ældre flygtninge og indvandrere som målgruppe, hvor en gruppe på 15-20 ældre mødtes én gang om måneden for i fællesskab at lave mad fra deres hjemland. Erfaringerne fra dette projekt viste, at de, der valgte at deltage, alle havde samme nationalitet, samt at det var vigtigt at starte med krævede en ekstra indsats, og at der var tilbud om transport. Med tiden er det dog blevet et populært tiltag, og i dag er gruppen stort set selvkørende.

Det blev også i nogle projekter forsøgt at oprette madlavningshold for mænd. Flere af de interviewede, gav udtryk for, at det var svært at tiltrække de ældre mænd til de aktiviteter, der blev udbudt på dagcentret. Erfaringer fra de projekter, hvor madlavningsholdene fungerede, viste imidlertid, at der var mange mænd, der var interesserede. Et sted, hvor der blev udbudt madlavningshold, var to-tredjedel af de tilmeldte mænd på de hold, hvor formålet var at mødes for at hygge sig og lave mad sammen. Dog gjorde det omvendte sig gældende det pågældende sted, hvor der også blev udbudt madlavningshold med et fagligt sigte. Her var kun en tredjedel af de tilmeldte mænd. Begrundelsen for at deltage var ifølge de interviewede, at mændene ønskede at lære at lave mad dels som forebyggende foranstaltning (hvis de skulle blive alene) og dels som en måde til at komme i gang med at lave mad, hvis de havde mistet deres ægtefælle. Mange af mændene i den generation er, ifølge en af de interviewede, analfabeter i forhold til det at lave mad. De havde måske aldrig prøvet at skrælle en kartoffel, og det var således helt basale ting som eksempelvis at lave sovs og frikadeller, som de ældre mænd gerne ville lære.

Der blev gjort brug af forskellige strategier med henblik på at tiltrække deltagere til madlavningsholdene. Holdene blev således annonceret i dagblade samt lokale aviser, og de forebyggende medarbejdere blev også et enkelt sted spurgt, om de havde idéer til, hvem der kunne have lyst til at deltage. Derudover var det oplevelsen, at det primært var via mund til mund, at de ældre fik kendskab til holdene. Det skal dog også siges, at de et sted fortalte, at det tog tid at tiltrække deltagere til holdene, og at de ældre ikke bare "stod uden for døren og ventede". Årsagen kan have været, at det primært var gennem andre, at de ældre havde fået

15. Deltagelse i madlavningen bør bruges til at vedligeholde færdigheder

kendskab til holdet, hvilket betød, at det kan have taget noget tid, før budskabet var nået langt nok omkring.

I forbindelse med madlavningsholdene var det desuden relevant, at der var et brugbart køkken, og at der var fleksibel adgang til køkkenet. Hæve- og sænkeborde var ifølge de interviewede gode at have, fordi det gav mulighed for at kunne sidde ned og lave mad. Det var både relevant i forhold til de ældre, der sad i kørestol, og de ældre som måske ikke kunne holde til at stå op i lang tid ad gangen. Samtidig blev det også fremhævet, at det var vigtigt, at der var plads til at kunne komme rundt med kørestole, og der var steder ved køkkenbordet, hvor der ikke var underskabe, så ældre, der sad i kørestol, også kunne komme til.

Hjælp til madlavning i hjemmeplejen

I et enkelt projekt blev det forsøgt at vedligeholde ældre hjemmeplejeklienters færdigheder i relation til madlavning. Her fik de ældre tilbudt hjælp til madlavning i hjemmet tre timer om ugen over en periode på tre måneder af en social- og sundhedshjælper/assistent. De ældre havde forskellige årsager til at deltage, men de fleste ville gerne i gang med at lave mad igen, da de var holdt med at lave mad efter et sygdomsforløb. Målet med projektet var at finde ud af, hvad de ældre havde behov for hjælp til i forbindelse med madlavningen. Det viste sig, at det var småting, som eksempelvis at skrælle gulerødder, det drejede sig om. Det blev også fra projektets side påpeget, at det kan være en god idé at rette opmærksomheden mod ældre, der udskrives fra hospitalet og/eller er meget småtspisende, hvor det at få hjælp til madlavning kan være et midlertidigt tilbud.

Det blev pointeret, at hjælp til madlavning i hjemmet ikke skal forstås sådan, at det er en hjemmehjælper, der kommer og laver varm mad til den ældre, men at de ældre kan få hjælp til de dele af madlavningen, de har problemer med at udføre. Målgruppen er således ældre, der gerne vil fortsætte med at lave mad, men som har svært ved enkelte ting – f.eks. at åbne emballage pga. slidgigt.

Inddragelse af de ældre i madlavningen på plejecentre

I forbindelse med fællesspisning på plejecentre var det ofte et mål at inddrage de ældre i madlavningen. Erfaringerne fra de forskellige projekter viste imidlertid, at det var svært at få de ældre til at deltage i aktiviteter omkring madlavningen. Det var primært mindre ting som at komme med ideer til menuplanlægning, at dække bord eller deltilberedning som eksempelvis at stege fiskefileter eller hakkebøffer, som de ældre deltog i. Ifølge de interviewede var de ældre ofte fysisk og mentalt for dårlige til at deltage. Der var imidlertid stor forskel på, om plejepersonalet de enkelte steder mente, at de ældre blev hurtigt trætte, eller om plejepersonalet vægtede at inddrage de ældre, også selvom de blev hurtigt trætte.

I denne sammenhæng er det relevant at se nærmere på, hvad deltagelse egentlig indebærer, da det blev defineret forskelligt blandt de interviewede. En fortalte således, at hun mente, at aktivitet ikke nødvendigvis var, at de ældre stod og rørte i gryderne, men at de f.eks.

15. Deltagelse i madlavningen bør bruges til at vedligeholde færdigheder

kunne smage sovsen til eller fortælle, hvordan de selv ville lave den. Et andet sted, hvor alt brød blev bagt på de enkelte afdelinger, fortalte de, at selvom de ældre ikke kunne have fingrene i dejen, så havde de glæde af duften og aktiviteten i afdelingens køkken. Det samme blev der givet udtryk for et af de steder, hvor de havde valgt at lave varm mad til aften, og hvor de selv skrællede kartofler og ordnede grøntsager. Plejepersonalet satte sig i løbet af eftermiddagen ved kaffebordet med kartoflerne og en gryde, og de ældre, der havde lyst til at være med, kunne så deltage. Nogle skrællede tre kartofler, og andre var så dårlige, at de ikke kunne være med til at skrælle kartofler, men så fik de ifølge de interviewede alligevel oplevelsen af, at det blev gjort. Det vigtigste var ifølge plejepersonalet, at der var god tid. Det samme sted blev det også fremhævet, at det var vigtigt at signalere, at de ældre kunne deltage med de ressourcer, de havde, dels ved at der var god tid, og dels ved at der ikke sad tre medarbejdere og skrællede den ene kartofler efter den anden og var færdige, før de ældre havde nået at skrælle den første kartoffel.

Barrierer

I forhold til at tiltrække deltagere til madlavningshold blev det nævnt, at det var et problem, hvis de ældre ikke selv kunne komme hen til dagcenteret, og der ikke var afsat penge til transport. Derfor var det i denne sammenhæng primært de friske ældre, som kom på madlavningsholdene. Derudover blev indretningen af køkkenet og mangel på fleksibel adgang også oplevet som en barriere et enkelt sted. Det var planen, at de ældre skulle lave mad i et produktionskøkken, efter dagens produktion var overstået. Køkkenet var således ikke et almindeligt køkken, men et køkken beregnet til at lave store mængder mad med store gryder og stål overalt.

I forhold til at inddrage de ældre i madlavningen på plejecentrene viste erfaringerne, at det var svært at få de ældre til at deltage i madlavningen på plejecentre, hvilket kan skyldes, at de ældre måske ikke har lavet mad i årevis og derfor ikke har vedligeholdt de nødvendige mentale og fysiske færdigheder.

Forankring

Der var to steder, hvor de prioriterede at fortsætte med at have madlavningshold som en del af deres aktivitetstilbud. Et andet sted blev madlavningsholdene efter projektet selvkørende, og i dag eksisterer der tre selvkørende madlavningshold. Det har i den forbindelse vist sig, at det fungerer bedst, hvis der er en kontaktperson på dagcentret, som deltagerne kan henvende sig til i tilfælde af problemer, f.eks. hvis nogle køkkenredskaber går i stykker. Madlavningsholdene har også været indgang til, at flere ældre begyndte at deltage i andre aktiviteter på dagcentret.

En følgevirkning af det projekt, hvor hjemmeboende ældre kunne få hjælp til madlavning i hjemmet har været, at hjemmeplejen i dag blev opmærksom på den mulige forebyggende og aktiverende effekt, der kunne være af et sådan tilbud. En af de interviewede fortalte således en historie om en ældre kvinde, der blev visiteret til hjælp til madlavning i hjemmet. Den ældre

15. Deltagelse i madlavningen bør bruges til at vedligeholde færdigheder

kvinde var lammet i den ene side og havde derfor behov for hjælp til at hakke løg, og hun var i forbindelse med projektet kommet i gang med at lave mad igen. I forhold til de økonomiske aspekter omkring hjælp til madlavning i hjemmet så blev denne form for hjælp betegnet som en "omkostningsfri indsats", idet den kunne udføres inden for de eksisterende rammer i kommunen. De nærmere økonomiske beregninger var dog ikke tilgængelige.

Derudover er hjælp til madlavning i hjemmet ikke nødvendigvis et tilbud, som mange ældre ønsker at benytte sig af, og det skal primært ses som et tilbud til dem, der har brug for en ekstra hånd til nogle småting, eller til ældre der er særlig småtspisende efter f.eks. et hospitalsophold, og som har brug for en midlertidig indsats. Andre muligheder for at hjælpe de ældre til at fortsætte med at lave mad kunne være, at de ældre fik leveret noget af maden færdiglavet, f.eks. kød og sovs og så selv skulle sørge for kartofler og grøntsager, eller hvis de fik råvarerne leveret i stedet for den færdige mad.

Nye projekter og andre initiativer

Sydlangeland er den eneste kommune, hvor hjemmehjælpen stadig kommer ud og laver mad til de ældre. I alt 75 personer får hjælp til madlavningen. Der er til hver afsat tre hjemmehjælper-timer om ugen til madlavning. Hertil kommer en halv time i forbindelse med hvert besøg til rengøring. Indtrykket er, at de ældre spiser mere, når de har selskab undervejs og kan dufte maden (www.aeldresagen.dk) .

Et af målene i kostpolitik for ældreområdet i Københavns kommune er, at ældre kan visiteres til midlertidig hjælp til madlavning i eget hjem eller i tilknytning til fællesspisning. Begrundelsen er, at eksempelvis akut sygdom, udskrivning fra hospital eller omstilling til tilværelse som enke/enkemand kan betyde at ældre midlertidigt ikke kan klare indkøb og madlavning selv. Midlertidig hjælp til madlavning kan være den indsats, kommunen skal yde for at hjælpe den ældre til fortsat at klare sig selv i eget hjem. Dermed understøttes den ældre i at udnytte og vedligeholde sine funktionsevner - som er fundet at hænge tæt sammen med forbedret livskvalitet (www.kk.dk).

Delkonklusion

Visitationen til madservice for hjemmeboende ældre bør tage højde for, at de ældre får mulighed for at bibeholde flere af deres madlavningskompetencer i længere tid. En nuanceret visitation til madservice kan give de ældre en markant bedre kvalitetsoplevelse. Undersøgelsen peger på en række tilbud, som er hensigtsmæssige, når det drejer sig om at fastholde hjælp til selvhjælp. En række kommuner har således iværksat tilbud om madlavning efter § 65. Andre har gode erfaringer med at visitere til midlertidig hjælp til madlavning i eget hjem.

15. Deltagelse i madlavningen bør bruges til at vedligeholde færdigheder

Muligheden for at tilbyde ældre hjælp til madlavning i hjemmet kan med fordel også udnyttes efter f.eks. hospitalsophold. Specifikt for de småtspisende ældre bør det være muligt at tilbyde ekstra hjemmehjælp med henblik på at sikre indkøb og tilberedning af dagens måltider.

Kommunernes mulighed for via lovgivningen at give tilskud til aktiverende og forebyggende aktivitet bør derfor udvides til også at omfatte madlavning i hjemmet.

Madlavningshold, f.eks. på caféer på dagcentre, bør tænkes som en måde at vedligeholde fysiske, mentale og sociale færdigheder: Det kan være et generelt tilbud til alle ældre – specifikt dog til ældre mænd, som er en gruppe, det kan være svært at få fat i, og som mangler viden om ernæringsanbefalinger.

Ældre på plejecentre bør have mulighed for at deltage i det praktiske i forbindelse med spisningen (menuplanlægning, borddækning m.v.). Værdien i forhold til plejecenterbeboere synes at være, at deres viden tages alvorligt, og at denne har betydning i forhold til tilberedningen.

16. Opsamling

Årsagen til den dårlige ernæringstilstand hos ældre er kompleks og kan ikke alene tilskrives den kommunale måltidsservice. Alligevel er det vigtigt at sætte ind her, idet maden og måltidet er nogle af de faktorer, der reelt kan gøres noget ved. Nedsat appetit blandt ældre på plejecentre og blandt hjemmeboende er naturligvis en del af årsagen til dette problem. Det samme er en forudgående proces med længerevarende fysisk svækkelse og tab af evne til at tilberede mad i eget hjem sandsynligvis også. I de kommende årtier vil ældre udgøre en stadig større andel af befolkningen. Det bevirker, at det også samfundsøkonomisk er vigtigt at understøtte, hvad der gør, at ældre ældes med "succes". Samtidig tyder meget på, at der vil ske en stigning i forekomsten af dårlig ernæringstilstand blandt ældre, formodentlig på grund af en øgning i de ernæringsmæssige risikofaktorer, der har en negativ indflydelse på de ældres appetit.

Resultater Del 1 og Del 2

Vidensopsamlingen, "Bedre mad til ældre" projekterne, de nyere projekter samt andre initiativer understøtter, at der kan nås en del via en egentlig ernæringsterapi, ligesom en individuel ernæringsterapi af klinisk diætist med al sandsynlighed ville kunne medvirke til at afhjælpe problemet med dårlig ernæringstilstand yderligere. Indførelse af energidrikke, tygge- og synkevenlig mad, kost til småtspisende og mellemmåltider, er ligeledes emner, der har vist, at de enkeltvis - og i samspil - kan forøge energiindtaget og dermed på sigt forbedre ernæringstilstanden. Meget tyder på, at kvalitetssikringen og dokumentationen er vigtig i den forbindelse tillige med det tværfaglige samarbejde og personalets viden om ernæring.

Omfanget af den dårlige ernæringstilstand blandt de ældre nødvendiggør imidlertid, at alle relevante løsningsmuligheder tages i betragtning. Litteraturen og erfaringerne fra de forskellige projekter viser således, at rammerne for måltidet har stor betydning for de ældres oplevelse, og der er centrale aspekter i omgivelserne, som kan have indflydelse på de ældres lyst til at spise. Disse aspekter handler både om personalets rolle i forbindelse med måltidet, hvordan de ældre placeres omkring bordene, ligesom indretningen af rummet omkring måltidet kan influere. Endelig spiller lydene, lyset og duften af mad også en rolle for oplevelsen.

Barrierer

Vidensopsamlingen, de forskellige projekter m.m. har identificeret en række barrierer i forhold til at sikre ældre "Den attraktive måltidsservice". Det er manglende viden om sociale og ernæringsmæssige aspekter, manglende ernæringsfaglig ekspertise, manglende ansvarsfordeling og manglende tværfagligt samarbejde.

Forankring

Fælles kendetegn for mange af de "Bedre mad til ældre" projekter, der er blevet helt eller delvist forankret (i alt 17), har været ledelsesopbakning, synlighed af køkkenpersonalet, fælles retningslinjer og klar ansvarsplacering blandt personalegrupperne, udpegelse af tovholder(e), efteruddannelse samt medinddragelse af de ældre og det personale, de er omgivet af.

Delkonklusion

Der kan hentes meget vigtig information i de gennemførte "Bedre mad til ældre" projekter. Erfaringerne herfra samt den videnskabelige litteratur kan med fordel udnyttes til målretning af yderligere undersøgelser på området med henblik på at sikre fremtidens ældre en endnu mere attraktiv måltidsservice.

17. Referencer

- Baldwin C, Rarsons TJ. Dietary advice and nutritional supplements in the management of illness related malnutrition: a systematic review. Clin Nutr 2004;23:1267-79.
- Beck AM, Pedersen AN, Scholl M. Undervægt og utilsigtet vægttab hos ældre på plejecentre og i hjemmepleje – problemer, der bør gøres noget ved. Ugeskr Læger 2005;167:272-4.
- Beck AM, Elsig M, Ovesen L (red.). Uden mad og drikke... del 1-3. Fødevarerapport 2002;14-16.
- Beck AM, Kofod J. Måltidsservice på plejecentre. Fødevarerapport 2003;04 (2003a).
- Beck AM, Kofod J. Fremtidens kost til ældre. Fødevarerapport 2003;18 (2003b).
- Birkemose A, Kofod J. Metode til vurdering af brugertilfredshed blandt plejehjemsbeboere og hjemmeboende pensionister. Fødevaredirektoratet 2001.
- Bundgaard, K. M. & Christensen, B. T. En bid af ældres hverdagsliv. Ergoterapeut- og Fysioterapeutskolen, Odense 1999.
- Christensen PF: Ældre på plejecenter – energibehov, fysisk aktivitet & PB'eres rolle som sundhedsformidlere. Professionsbachelorprojekt. Suhr's Seminarium 2005.
- De Jong, N. De Graff C. Van Staveren, W. A. Effect of Sucrose in Breakfast Items on Pleasantness and Food Intake in The Elderly. Physiol Behavior 1996;60:1453-1462.
- Deliza, R. & MacFie, H.J.H. The generation of sensory expectation by external cues and its effect on sensory perception and hedonic ratings: a review. J Sens Stud 1996;11:103.
- Ernæringsrådet, Ernæring og aldring. Ernæringsrådet 2002.
- Elmståhl S. Balbolli V, Fex G, Küller R, Steen B. Hospital Nutrition in Geriatric Long-term Care Medicine. Effects of a Changed Meal Environment. Comp Gerontol 1987;1:29-33.
- Faxen-Irving G, Olsson BA, Cederholm T. Nutritional and cognitive status in elderly subjects living in service flats, and the effect of nutrition education on personnel. Gerontology 1999;45:187-194.

Faxen-Irving G, Olsson BA, Geijerstam A, Basun H, Cederholm T. Nutrition education for care staff and possible effects on nutritional status in residents of sheltered accommodation. *Eur J Clin Nutr* 2005;59:947-54.

Feunekes GE, De Graaf C, van Staveren WA. Social facilitation of food intake is mediated by meal duration. *Physiol Behav* 1995; 58:551.

Findling-Nielsen, B. Betydningen af ældre plejehjemsbeboeres BMI for deres sociale engagement, kognitive funktion og fysiske funktionsevne. Speciale, KVL. 2003

Frongillo, Jr. Edward, A. Rauschenbach, Barbara, S. Roe, Daphne A. Williamson, David F. Characteristics Related to Elderly Persons' Not Eating for 1 or More Days: Implications for Meal Programs. *Am J Public Health* 1992;82:600.

Gibbons MRD, Henry CJK. Does Eating Environment have an Effect on Food Intake in the Elderly. *J Nutr Health Ageing* 2005;9:1.

Goldman, S.J. Herman, C.P. Polivy, J. Is the effect of a social model on eating attenuated by hunger? *Appetite* 1991;17:129.

Hansen K, Beck AM. Færdigmad til pensionister. DFVF 2005.

Klesges RC, Bartsch D, Norwood JD. The effects of selected social and environmental variables on the eating behaviour of adults in the natural environment. *Int J Eat Disord* 1984;2:35.

Kofod J, Birkemose A. Meals in nursing homes. *Scand J Caring Sci* 2004;18:128-34.

Kofod J. Du er dem du spiser sammen med – et brugerperspektiv på den offentlige måltidsservice. Fødevarerapport 2000;09.

Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr* 2003;22:415-21.

Levnedsmiddelstyrelsen. Offentlig kostforplejning i Danmark. Bind 1 og 2. Betænkning fra udvalget om offentlig kostforplejning, nr. 1334 samt Baggrundsmateriale. Levnedsmiddelstyrelsen 1997.

Lyman, B. A psychology of food. More than a matter of taste. Van Nostrand Reinhold Co., New York 1989.

Mathey MF, Vanneste, V. G. de Graaf C. Health effect of improved meal ambiance in a Dutch nursing home: a 1-year intervention study. *Prev Med* 2001;32:416.

Melin, L. & Götestam, K.G. The effects of rearranging ward routines on communication and eating behaviours of psycho geriatric patients. *J Behav Anal* 1981;14: 47.

Messer, E. Sociocultural aspects of nutrient intake and behavioural responses to nutrition. In: Galler, JR. ed. Human nutrition. A comprehensive treatise. Nutrition and behaviour. New York: Plenum Press,: 63. 1984.

Milne AC, Avenell A, Potter J. Meta-analysis: Protein and energy supplementation in older people. *Ann Intern Med* 2006;144:37-48.

Neyman MR, Zidenberg-Cherr S, McDonald. Effect of participation in congregate-site meal programs on nutritional status of the healthy elderly *J Am Diet Assoc* 1996;96:475-83.

Pearson JM, Schlettwein-Gsell D, van Staveren WA, de Groot L. Living alone does not adversely affect nutrient intake and nutritional status of 70- to 75-year-old men and women in small towns across Europe. *Int J Food Sci Nutr* 1998; 49.

Pedersen P, Munch C. Hvad er plejepersonalets viden, holdning og handling i forhold til ernæringstilstanden blandt ældre plejehjemsbeboere – en spørgeskemaundersøgelse af plejepersonalet i Århus Amt. Århus Universitet 2004.

Pedersen A, Ovesen L. Anbefalinger for den danske institutionskost. Fødevarerapport 2000;08

Pliner P, Bell R, Hirsch ES, Kinchla M. Meal duration mediates the effect of "social facilitation" on eating in humans. *Appetite* 2006;46:189-198.

Ragneskog, H. Brane, G. Karlsson, I, Kihlgren, M. Influence of dinner music on food intake and symptoms common in dementia. *Scand J Caring Sci* 1996;10:11.

Schiffman SS. Taste and smell losses in normal aging and disease. *JAMA* 1997;278:1357-62.

Schiffman SS. Intensification of sensory properties of foods for the elderly. *J Nutr* 2000;130(4S):927S-930S.

-
- Sidenvall, B. Fellström, C. Ek, A-C. The meal situation in geriatric care – intentions and experiences. *J Adv Nurs* 1994;20:613-21.
- Sidenvall, B. Fjellström C, Ek, A-C Cultural perspectives of meals expressed by patients in geriatric care *Int J Nursing Studies* 1996;33:212-22.
- Sidenvall, B. Nydahl, M. Fjellström, C. Managing food shopping and cooking: the experiences of older Swedish women. *Ageing Soc* 2001;21:151-68.
- Socialstyrelsen. Kost och näring på äldreboenden. Socialstyrelsen 2005.
- Stroebele, N. & De Castro, J. M. Effect of ambience on food intake and food choice. *Nutrition* 2004 20:821-838.
- Teknologi-Rådet. Offentlig forplejning. Teknologi-Rådet 2005.
- Vailas, L . Nitzke, S. A. Becker, M. Gast, J. Risk Indicators for Malnutrition are Associated inversely with Quality of Life for Participants in Meal Programs for Older Adults. *J Am Diet Assoc* 1998;98:548-543.
- Vanessa, I. Clendenen, C. Herman, P. Polivy, J. Social Facilitation of Eating Among Friends and Strangers. *Appetite* 1994;23:1-13.
- Welch, PK. Endres, JM. Rifkin, DM. A comparison of the dietary intake of institutionalised elderly fed in two different settings. *J Nutr Elderly*,6:17-29. 1986.

Bilag

Bilag 1a. Spørgeguides vedrørende det sociale aspekt

Indledende

Hvem er vi og hvad skal interviewet bruges til?

Hvad skal vi tale om?

Hvem er I? (jobfunktion, relation til projektet, uddannelse, osv.)

Før projektet

Jeg har læst jeres rapport, og selv om det er ved at være længe siden, kan I så ikke fortælle så meget, som I husker om, hvad det var, der fik jer til at gå i gang.

- Havde I erfaringer omkring de sociale aspekter ved måltidet, som I byggede videre på?

Under projektet

Kan I fortælle lidt om selve projektet – fx hvilke konkrete tiltag I satte i gang?

- Hvilke tiltag fungerede – hvorfor? (Kan I give et konkret eksempel?)
- Hvilke tiltag fungerede ikke – hvorfor? (Kan I give et konkret eksempel?)
- Hvad var det vigtigste for jer at opnå? (Projektets primære fokusområde)
- Hvordan satte I fokus på det sociale aspekt ved måltidet?

Konkrete tiltag

(Nedenstående emner medtages, hvor det er relevant i forhold til det konkrete projekt)

Fællesspisning

- Kan I beskrive, hvordan forløber det fra start til slut?
- Hvordan serveres maden? Spiser alle på samme tid?
- Hvad gør I ud af borddækning? Er bordet dækket inden måltidet?
- Har I gjort jer overvejelser i forhold til, hvad der ellers foregår i spisestuen/cafeen under måltidet – uddeling af medicin, rengøring, indsamling af service fra dem der er færdige?
- Hvad skal der til for, at sådan fællesspisning bliver en succes?
- Hvad gjorde I for at tiltrække deltagere?

Niveau for fællesspisning

- Hvordan er de ældre involveret i madlavningen – planlægning af menuen, deltagelse i indkøb, madlavning, borddækning, anretning, afrydning og oprydning?
- Hvilke barrierer oplevede I – fx i forhold til at få de ældre til at deltage?
- Hvad vil de ældre være med til? Hvor meget er det realistisk at få de ældre til at deltage i?
- Hvilke særlige hensyn skal der tages i forhold til de ældre - fx i forhold til hvem de ældre foretrækker at sidde sammen med?

Placering af de ældre

- Er der en ideel måde at gruppere de ældre på? Hvor små/store grupper, et ideelt antal?

Personalerolle

- Hvad er den ideelle personalerolle ved måltidet?

Indretning af rummet

- Hvordan ser spisestuen/cafeen ud – i forhold til skillevægge, lys, lyd, placering af borde?
- Har I gjort jer tanker omkring fleksibilitet i forhold til indretning af spisestuen/cafeen?
- Kan spisestuen/cafeen indrette anderledes – kan de ældre kan sidde i mindre grupper?
- Hvad er det vigtigt at tage højde for i forhold til køkkenets indretning?

Tværfaglighed

- Hvilke erfaringer har I gjort med hensyn til tværfagligt samarbejde mellem pleje- og køkkenpersonale?
- Hvad skal der til for, at det tværfaglige samarbejde bliver en succes?
- Hvilke barrierer kan der være i forhold til at arbejde tværfagligt?

Kvalitetsudvikling

- Hvad gjorde I for at udvikle kvaliteten – brugerundersøgelser, oprettelse af brugerråd etc.?
- Oplevede I at maden blev bedre (ifl. de gamle)? Hvordan?
- Hvilke dele af kvaliteten i madservicen, oplevede I, fik et løft med projektet?

Kostpolitik

- Hvad er det vigtige at få sat ord på i en kostpolitik?
- Hvordan har I oplevet, at en kostpolitik er anvendelig i forskellige sammenhænge?

Brug af frivillige

- Hvad skal der til for at tiltrække frivillige?
- Hvordan har I gjort brug af de frivillige i projektet?
- Hvad skal det til for at fastholde de frivillige?

Frit valg/indflydelse

- Hvilke overvejelser gjorde I jer omkring de ældres mulighed for indflydelse i projektet?
- Hvilke erfaringer har I fået med de ældres indflydelse/ frie valg gennem projektet?
- Hvad har de ældre haft mulighed for at påvirke, hvordan har deres indflydelse formet sig?

Efter projektet:

Nu kunne jeg godt tænke mig at høre lidt om, hvad er der sket siden projektets afslutning

- Hvad vil I beskrive som den mest værdifulde erfaring fra projektet?
- Hvad har I gjort for at forankre projektet?
- Hvilke barrierer oplevede I, der var i forhold til at forankre projektet?

Afsluttende

- Hvis der kom en ny pulje, hvad ville I så søge penge til at forbedre eller tage op igen?
Har I gode råd til andre kommuner, der vil forsøge sig med et projekt som jeres?
- Er der noget jeg ikke har spurgt om, som er vigtigt, at jeg får med herfra?

Bilag 1b. Spørgeguides vedrørende det ernæringsmæssige aspekt

Lokale informanter. Plejehjem, hjemmepleje og leve-bo miljøer.

B. Generelle spørgsmål

Er der udarbejdet en ernæringspolitik?

(Er der fastlagt procedurer for en systematisk vurdering af de ældres kostindtag og ernæringstilstand, planlægning af de ældres kostindtag og ernæringstilstand, planlægning af ernæringsterapi, ansvarsfordeling, kompetence udvikling, organisering af måltidsservice, herunder kommunikation ml. de ældre og personalet og ml. køkkenet og afdelingerne)

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Hvis ja:

Eksisterer der en ansvarsfordeling i relation til de ældre og ernæring?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Hvis ja:

Hvem har ansvaret for at vurdere de ældres ernæringstilstand?

Hvordan vurderes de ældres ernæringstilstand?

Hvem har ansvaret for at dokumentere at de ældre får tilstrækkelig at spise og drikke?

Hvem griber ind, hvis det er tilfældet, at en af de ældre ikke får tilstrækkelig at spise og drikke?

Hvem træffer beslutninger om, hvad den ældre skal have at spise og drikke?

Hvem træffer beslutninger om, at der evt. er brug for særkost, f.eks. superkost/energitæt kost, ændret portionsstørrelse, energidrikke, mellemmåltider ol?

Hvis nej:

Kunne der være behov for at fastlægge sådan en ansvarsfordeling?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

C. Specifikke spørgsmål i relation til håndtering af de småtspisende.

Hvilke kosttilbud er der til de småtspisende ældre?

- ☐ Superkost/energitæt kost
- ☐ Kost med individuelt tilpasset konsistens
- ☐ Valg ml. flere forskellige menuer (varm/kold)
- ☐ Valg ml. flere forskellige størrelser af menuer
- ☐ Individuel tilrettelagt kost ved klinisk diætist el. andet kostfagligt personale.
- ☐ Mulighed for mad 24 timer i døgnet
- ☐ Mellemmåltider
- ☐ Andet
- ☐ Intet

Hvor mange (ca. %) af de ældre modtager flg. menuer på nuværende tidspunkt?

- ☐ Superkost/energitæt kost
- ☐ Kost med individuelt tilpasset konsistens
- ☐ Valg ml. flere forskellige menuer
- ☐ Individuel tilrettelagt kost ved klinisk diætist el. andet kostfagligt personale.
- ☐ Mulighed for mad 24 timer i døgnet
- ☐ Mellemmåltider
- ☐ Andet

Hvor mange måltider serveres om dagen?

Antal _____

Hvornår serveres/udbringes de forskellige måltider?

Kl. _____

Hvordan informeres de ældre om tilbud på menuen?

- ☐ Via menuplaner
- ☐ Via plejepersonale
- ☐ Via køkkenpersonale
- ☐ Andet
- ☐ De informeres ikke.

Involveres de ældre i måltiderne?

- ☐ Via planlægning af menuen
- ☐ Via deltagelse i indkøb
- ☐ Via deltagelse i madlavning
- ☐ Via deltagelse i borddækning
- ☐ Via deltagelse i anretning
- ☐ Andet

Er der overvejelser om økonomi i relation til ovenstående?

Herunder:

Er der udarbejdet specifikke redskaber i relation til håndtering af småtspisende/ernæringstruede ældre?

Er der mulighed for særlige visitationer i relation til håndtering af småtspisende/ernæringstruede ældre?

- ☐ Inddragelse i planlægning af måltider og selve madlavningen
- ☐ Madlavning i hjemmet.
- ☐ Tilstedeværelse af personale i forbindelse med spisning.
- ☐ Ekstra pleje og omsorg i forbindelse med indtagelse af måltider.
- ☐ Tilknytning til fællesspisning i nærmiljøet.
- ☐ Andet

Har plejehjemmet/hjemmeplejen tværfaglige ernæringsgrupper?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Hvis ja, hvilke?

Er der set en effekt af dette tværfaglige ernæringssamarbejde?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Hvis nej, kunne der så være behov for sådan et samarbejde?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Er der ressourcepersoner(nøglepersoner) på plejehjemmet/i hjemmeplejen?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Hvis ja, hvad er så deres rolle?

- ☐ Være ressourceperson for kollegaer i relation til ernæring (både praktisk og pæd. opgaver).
- ☐ I samarbejde med ledelsen sikre, at personalet udnytter køkkenets tilbud optimalt i forhold til de ældres behov.
- ☐ Etablere og udbygge samarbejdet med køkkenet/ernæringskonsulenter.
- ☐ Sikre ajourføring af ny viden vedr. ernæring.
- ☐ Sikre at redskaber som kostregistreringsskemaer, screeningsskemaer ol. holdes ajourført.
- ☐ Have medansvar for at udvikle ernæringspleje f.eks. i samarbejde med ledelsen/sygeplejerske.
- ☐ Deltage i monitorering af en ernæringsindsats overfor de ældre.
- ☐ Have kontakt med sygehuset omkring ernæring f.eks. efter udskrivelse.
- ☐ Andet _____

Hvis nej, kunne der være behov for sådan en person?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Er der ansat kliniske diætister?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Hvis ja, i hvilket omfang anvendes de?

Hvis nej, kunne der være behov for sådanne?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Er der afsat ressourcer til efteruddannelse til personalet?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Er der andre samarbejdspartnere?

Herunder: Fysioterapeut, ergoterapeut, motionstrænere, omsorgstandpleje, læge, forebyggende medarbejdere andre.

Hvis ja, har I indtryk af, om disse personer har en positiv effekt på de ældres ernæringstilstand?

Hvis nej, kunne der være behov for sådanne samarbejdspartnere?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Er der barriere, der gør at projektet ikke lykkes?

- Manglende viden (nedprioritering af efteruddannelse)
(energitæt kost → forhøjet plasmakolesterol koncentration)
- Manglende holdninger (hvor aktiv skal man være i forbindelse med indgriben i de ældres ernæring)
- Manglende bruger inddragelse (spiser de ældre overhovedet maden el. gemmes det, modvilje mod vægtøgning)
- Manglende ansvarsfordeling (hvem gør hvad, hvornår)
- Manglende tværfagligt samarbejde
- Nedsat fokus på madens ernæringsmæssige kvalitet pga. øget fokus på den samlede måltidsoplevelse.
- Manglende ledelsesopbakning (nedsat fokus på ernæringens betydning → nedsat tid og ressourcer til denne opgave hos plejepersonalet)
- Manglende økonomi

Andre kommentarer til det ernæringsmæssige aspekt, som vi endnu ikke har berørt?

Lokale informanter. Køkkener.

B. Generelle spørgsmål

Er køkkenet et centralkøkken, et modtagerkøkken el. et serveringskøkken?

(central køkken: her står de selv for produktion og distribuering til serveringskøkkener)

modtager køkken: u. produktion, fungere som mellemlid, fordeler maden til serveringskøkkener på afdelinger).

Er der udarbejdet en ernæringspolitik?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Laves maden ud fra principperne i "Anbefalinger for den danske institutionskost"?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Delvis

Hvis nej, hvilke retningslinjer følges da?

Hvem har ansvaret for at de forskellige menuer følger de officielle anbefalinger?

Tilbydes der forskellige kostformer?

Hvis ja, hvilke og hvor stor en andel af de ældre tilbydes de forskellige kostformer (ca. %)?

Kostform	Hyppighed (%)
Normalkost (30E%)	
Sygehuskost (40E%)	
Hakket kost	
Gratinkost	
Blendet kost	
Gelékost	
Flydende kost	
Hjemmelavede energi- og proteindrikke	
Sondeernæring	
Andre	

Hvis nej, er der behov for at tilbyde forskellige kostformer?

Har køkkenpersonalet kendskab til energiindhold og næringsstoffer i de producerede kostformer?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Foretages der næringsberegninger på alle menuer?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

- ☐ Delvist

Hvis ja, hvor ofte og hvordan foretages næringsberegninger af menuer?

Hvis ja, lever dagsmenuerne så op til de anbefalede energitrin (7,9-12 MJ)?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Delvis

Laves der jævnligt brugerundersøgelse af køkkenets måltidskvalitet?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Hvis ja, hvem foretager denne undersøgelse?

Hvis ja, hvordan gennemføres den?

- ☐ Brugerråd
- ☐ Smagspanel kostudvalg
- ☐ Kontaktperson i køkkenet
- ☐ Andet

Hvis nej, er der behov for sådan en undersøgelse?

C. Specifikke spørgsmål i relation til håndtering af de småtspisende.

Hvilke kosttilbud er der til de småtspisende ældre?

- ☐ Superkost/energitæt kost
- ☐ Kost med individuelt tilpasset konsistens
- ☐ Valg ml. flere forskellige menuer (varm/kold)
- ☐ Valg ml. flere forskellige størrelser af menuer
- ☐ Individuel tilrettelagt kost ved klinisk diætist el. andet kostfagligt personale.
- ☐ Mulighed for mad 24 timer i døgnet
- ☐ Mellemmåltider
- ☐ Andet
- ☐ Intet

Er der overvejelser om økonomi i relation til ovenstående?

Herunder:

Er der udarbejdet specifikke redskaber i relation til håndtering af småtspisende/ernæringstruede ældre?

- ☐ Metoder til at undgå madspild.
- ☐ Anvendelse af alternative produkter til berigelse.
- ☐ Andet _____

Er der kostkonsulenter (koordinatorer) i køkkenet/andre steder?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Hvis ja, hvilke opgaver varetager kostkonsulenterne?

- ☐ Fungere som bindeled ml. plejehjem/hjemmepleje og køkkenet.
- ☐ Vejleder ved bestilling af mad.
- ☐ Vejleder om køkkenets tilbud.
- ☐ Vejleder i håndtering af maden på plejehjem/i hjemmeplejen.
- ☐ Rådgiver om hygiejne omkring maden.
- ☐ Vejleder i hvordan madspild minimeres.
- ☐ Udarbejder relevant materiale til de ældre og personalet om maden/køkkenets tilbud.
- ☐ Underviser i kosttilbud og andre ernæringsrelaterede spørgsmål.
- ☐ Udarbejder kosthåndbog i samarbejde med relevante faggrupper.
- ☐ Gennemfører brugerundersøgelser.
- ☐ Rådgiver køkkenpersonale i udvikling af køkkenets tilbud ift. de ældres behov.
- ☐ Andet.

Hvis nej, kunne der være behov for sådanne personer

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Er køkkenpersonalet inddraget i serveringen af maden?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Hvis ja, hvor ofte?

Hvis nej, kunne du se nogen fordele ved dette initiativ?

Evt. hvilke

Er der ansat en klinisk diætist i køkkenet?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Hvis nej, kunne der være behov for sådan en person?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Er der andre samarbejdspartnere tilknyttet køkkenet?

Herunder: Fysioterapeut, ergoterapeut, omsorgstandpleje, læge, forebyggende medarbejdere, andre.

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Hvis ja, har i indtryk af, om disse personer har en positiv indflydelse på de ældres ernæringstilstand??

Hvis nej, kunne der være behov for sådanne samarbejdspartnere?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Er der nogle barrierer der gør at projektet ikke virker?

- Manglende viden (nedprioritering af efteruddannelse)
(energitæt kost → forhøjet plasmakolesterolkoncentration)
- Manglende holdninger (hvor aktiv skal man være i forbindelse med indgriben i de ældres ernæring)
- Manglende bruger inddragelse (spiser de ældre overhovedet maden el. gemmes det, modvilje mod vægtøgning)
- Manglende ansvarsfordeling (hvem gør hvad, hvornår)
- Manglende tværfagligt samarbejde
- Nedsat fokus på madens ernæringsmæssige kvalitet pga. øget fokus på den samlede måltidsoplevelse.
- Manglende ledelsesopbakning (nedsat fokus på ernæringens betydning → nedsat tid og ressourcer til denne opgave hos plejepersonalet)
- Manglende økonomi

Andre kommentarer til det ernæringsmæssige aspekt, som vi endnu ikke har berørt?

Kommunale informanter

A. Generelle spørgsmål.

Har kommunen en kostpolitik?

Hvis ja, hvilke punkter indgår i ernæringspolitikken?

- ☐ Brugerinddragelse og –indflydelse. F.eks. brugertilfredshedsundersøgelser, kostudvalg, kontaktpersoner, valgmuligheder og mulighed for at spise alene/el. i selskab med andre.
 - ☐ Brugerinformation. F.eks. information om valgmuligheder/kosttyper, om kosten som en del af behandlingen, samt mulighed for information om måltiderne, f.eks. om menu sammensætning, pjecer og menuplaner.
 - ☐ Kosttyper og portionsstørrelser. F.eks. kosttyper målrettet brugernes behov, mulighed for kræsekost, valgmenu, mulighed for valg ml. forskellige portionsstørrelser, antal daglige måltider og deres fordeling.
 - ☐ Kvalitetsstyring og kvalitetsudvikling. F.eks. kvalitetsprojekter til forbedring af måltidskvalitet og ernæring, så den indeholder de anbefalede mængder energi og næringsstoffer.
- Ernæringsstyring (Udtrykket kan bruges som en ramme, der sikrer, at brugernes ernæringsstatus er tilfredsstillende. Ernæringsstyring skal omfatte alle led, der vedrører madens planlægning, produktion, rådgivning og registrering).
- ☐ Ernæringsteams samt adgang til rådgivning. F.eks. vurdering af brugernes ernæringstilstand (brug af spørgeskemaer, vægt/mål mm.) og sikring af kost- og diætrådgivning til brugerne ved behov.
 - ☐ Personaleuddannelse. F.eks. klarlægning af hvilke kvalifikationer, der ønskes hos personalet. Herunder f.eks. ajourføring af ernæring, diæter, kvalitetsudvikling, edb-redskaber og vurdering af ernæringsstatus. Efteruddannelse.
 - ☐ Mulighed for rådgivning af personale. F.eks. sikring af muligheden for kost- og diætrådgivning til de ansatte i institutionerne.
 - ☐ Sikre personale bemanding. F.eks. sikring af tid og arbejdskraft til at varetage de ældre med særlige ernæringsmæssige problemer.
 - ☐ Samarbejde ml. de forskellige institutioner og ml. amter og/el. kommuner. F.eks. etablering af netværk. Sikre muligheden for tværfagligt samarbejde.
 - ☐ Nye/alternative produktions- og serveringssystemer. F.eks. systemer der sikrer en mindst mulig belastning af maden, central eller decentral udportionering, bordservering el. buffet.
 - ☐ Råvarer. F.eks. fælles indkøbsaftaler, anvendelse af halv- og helfabrikata og systematisk kontrol af indkøbte varer.
 - ☐ Optimering af tilberedning og kostsammensætning. F.eks. teknik, edb, optimering af opskrifter tilpasset produktions- og serveringssystemerne, sammensætning af kosten, biretter, næringsberegning og drikkevarer.

☐ Hygiejne. F.eks. gennemførelse af et egenkontrolprogram, herunder hygiejne ved servering, rengøring, opvask og personlig hygiejne.

☐ Miljø. F.eks. økologiske fødevarer, besparelse på energi- og vandforbrug, affaldssortering, mindsket brug af engangsartikler.

☐ Service. F.eks. mulighed for bestilling/afbestilling af mad og specielle arrangementer.

Samarbejde ml. forskellige institutioner og ml. amter og/el. kommuner. F.eks. etablering af netværk.

Hvem har ansvaret for at tage initiativ til at udarbejde en ernæringspolitik?

Er der afsat ressourcer til opfølgning og understøttelse af forankringen af ernæringspolitikken?

Hvis nej, kunne der være behov for sådan en ernæringspolitik?

☐ Ja

☐ Nej

B. Specifikke spørgsmål i forhold til håndtering af de småtspisende.

Er der fastlagt en ansvarsfordeling i relation til de ældre og deres ernæringstilstand?

Hvis ja:

Hvem har ansvaret for at vurdere de ældres ernæringstilstand?

Hvordan vurderes de ældres ernæringstilstand?

Hvem har ansvaret for at dokumentere at de ældre får tilstrækkelig at spise og drikke?

Hvem griber ind, hvis det er tilfældet, at en af de ældre ikke får tilstrækkelig at spise og drikke?

Hvem træffer beslutninger om, hvad den ældre skal have at spise og drikke?

Hvem træffer beslutninger om, at der evt. er brug for særkost, f.eks. superkost/energitæt kost, ændret portionsstørrelse, energidrikke, mellemmåltider ol?

Hvis nej:

Kunne der være behov for at fastlægge sådan en ansvarsfordeling?

☐ Ja

☐ Nej

Hvilke kosttilbud er der til de småtspisende ældre?

☐ Superkost/energitæt kost

☐ Kost med individuelt tilpasset konsistens

☐ Valg ml. flere forskellige menuer (varm/kold)

☐ Valg ml. flere forskellige størrelser af menuer

☐ Individuel tilrettelagt kost ved klinisk diætist el. andet kostfagligt personale.

☐ Mulighed for mad 24 timer i døgnet

☐ Mellemmåltider

Er der overvejelser om økonomi i relation til ovenstående?

Herunder:

Er der udarbejdet specifikke redskaber i relation til håndtering af småtspisende/ernæringstruede ældre?

Er der mulighed for særlige visitationer i relation til håndtering af småtspisende/ernæringstruede ældre?

- ☐ Inddragelse i planlægning af måltider og selve madlavningen
- ☐ Madlavning i hjemmet.
- ☐ Tilstedeværelse af personale i forbindelse med spisning.
- ☐ Ekstra pleje og omsorg i forbindelse med indtagelse af måltider.
- ☐ Tilknytning til fællesspisning i nærmiljøet.
- ☐ Andet

Er der ansat kliniske diætister i forbindelse med projektet?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Hvis ja, hvordan indgår de i det daglige arbejde?

Hvis nej, kunne der være behov for sådanne?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Er der andre samarbejdspartnere?

Herunder: Fysioterapeut, ergoterapeut, motionstrænere, omsorgstandpleje, læge, forebyggende medarbejdere andre.

Hvis ja, har i indtryk af, om disse personer har en positiv effekt på de ældres ernæringstilstand?

Hvis nej, kunne der være behov for sådanne samarbejdspartnere?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Er der nogle barriere der gør at projektet ikke virker?

- Manglende viden (nedprioritering af efteruddannelse)
(energitæt kost → forhøjet plasmakolesterol koncentration)
- Manglende holdninger (hvor aktiv skal man være i forbindelse med indgriben i de ældres ernæring)
- Manglende bruger inddragelse (spiser de ældre overhovedet maden el. gemmes det, modvilje mod vægtøgning)
- Manglende ansvarsfordeling (hvem gør hvad, hvornår)
- Manglende tværfagligt samarbejde
- Nedsat fokus på madens ernæringsmæssige kvalitet pga. øget fokus på den samlede måltidsoplevelse.
- Manglende ledelsesopbakning (nedsat fokus på ernæringens betydning → nedsat tid og ressourcer til denne opgave hos plejepersonalet)
- Manglende økonomi

Anbefalinger for udvikling af "Den attraktive måltidsservice til ældre"

Danmarks Fødevareforskning
Bülowsvej 27
DK-1790 København V
T: +45 72 34 60 00
F: +45 72 34 60 01

Mørkhøj Bygade 19
DK-2860 Søborg
T: +45 72 34 60 00
F: +45 72 34 70 01

Hangøvej 2
DK-8200 Århus N
T: +45 72 34 60 00
F: +45 72 34 69 01

Lindholm
DK-4771 Kalvehave
T: +45 72 34 60 00
F: +45 72 34 79 01